

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

THÈSE

N° 410

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Vendredi 24 Juillet 1908, à 1 heure*

PAR

Charles GIROD

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris  
Médaille de bronze de l'Assistance Publique

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

TORSION DE L'UTÉRUS

Produite par les Tumeurs Utero-Annexielles

*Président : M. SEGOND, professeur*

*Juges* { MM. DELENS, agrégé  
GOSSET, agrégé  
PROUST, agrégé

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical*

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE  
JULES ROUSSET

1, rue Casimir-Delavigne, 1

1908



**THÈSE**

**POUR**

**LE DOCTORAT EN MÉDECINE**



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1908

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Vendredi 24 Juillet 1908, à 1 heure*

PAR

Charles GIROD

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris  
Médaille de bronze de l'Assistance Publique

---

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

TORSION DE L'UTÉRUS

Produite par les Tumeurs Utéro-Annexielles

---



Président : M. SEGOND, professeur

Juges } MM. DELENS, agrégé  
GOSSET, agrégé  
PROUST, agrégé

---

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical*

---

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, rue Casimir-Delavigne, 1

—  
1908

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

|                                                                    |                        |                             |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------------------|
| <b>Doyen</b> .....                                                 |                        | <b>M. LANDOUZY</b>          |
| <b>Professeurs</b> .....                                           |                        | <b>MM.</b>                  |
| Anatomie.....                                                      |                        | <b>NICOLAS</b>              |
| Physiologie.....                                                   |                        | <b>CH. RICHET</b>           |
| Physique médicale.....                                             |                        | <b>GARIEL</b>               |
| Chimie organique et Chimie générale.....                           |                        | <b>GAUTIER</b>              |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale.....                  |                        | <b>BLANCHARD</b>            |
| Pathologie et thérapeutique générales.....                         |                        | <b>BOUCHARD</b>             |
| Pathologie médicale.....                                           | }                      | <b>BRISSAUD</b>             |
|                                                                    |                        | <b>DEJERINE</b>             |
| Pathologie chirurgicale.....                                       |                        | <b>LANNELONGUE</b>          |
| Anatomie pathologique.....                                         |                        | <b>PIERRE MARIE</b>         |
| Histologie.....                                                    |                        | <b>PRENANT</b>              |
| Opérations et appareils.....                                       |                        | <b>QUENU</b>                |
| Pharmacologie et matière médicale.....                             |                        | <b>POUCHET</b>              |
| Thérapeutique.....                                                 |                        | <b>GILBERT</b>              |
| Hygiène.....                                                       |                        | <b>CHANTEMESSE</b>          |
| Médecine légale.....                                               |                        | <b>THOINOT</b>              |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.....                    |                        | <b>GILBERT BALLEST</b>      |
| Pathologie expérimentale et comparée.....                          |                        | <b>ROGER</b>                |
| Clinique médicale.....                                             | }                      | <b>HAYEM</b>                |
|                                                                    |                        | <b>DIEULAFOY</b>            |
|                                                                    |                        | <b>DEBOVE</b>               |
|                                                                    |                        | <b>LANDOUZY</b>             |
|                                                                    |                        | <b>HUTINEL</b>              |
| Maladies des enfants.....                                          |                        | <b>JOFFROY</b>              |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale..... |                        | <b>GAUCHER</b>              |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....               |                        | <b>RAYMOND</b>              |
| Clinique des maladies du système nerveux.....                      |                        | <b>LE DENTU</b>             |
| Clinique chirurgicale.....                                         | }                      | <b>BERGER</b>               |
|                                                                    |                        | <b>RECLUS</b>               |
|                                                                    |                        | <b>SEGOND</b>               |
| Clinique ophtalmologique.....                                      |                        | <b>DE LAPERRONNE</b>        |
| Clinique des maladies des voies urinaires.....                     |                        | <b>ALBARRAN</b>             |
| Clinique d'accouchements.....                                      | }                      | <b>PINARD</b>               |
|                                                                    |                        | <b>BAR</b>                  |
|                                                                    |                        | <b>RICHEMONT-DESSAIGNES</b> |
| Clinique gynécologique.....                                        |                        | <b>POZZI</b>                |
| Clinique chirurgicale infantile.....                               |                        | <b>KIRMISSON</b>            |
| Clinique thérapeutique.....                                        |                        | <b>ALBERT ROBIN</b>         |
| <b>Agrégés en exercice.</b>                                        |                        |                             |
| <b>MM.</b>                                                         |                        |                             |
| <b>AUVRAY</b>                                                      | <b>CUNEO</b>           | <b>LAUNOIS</b>              |
| <b>BALTHAZARD</b>                                                  | <b>DEMELIN</b>         | <b>LECENE</b>               |
| <b>BRANCA</b>                                                      | <b>DESGREZ</b>         | <b>LEGRY</b>                |
| <b>BEZANÇON (FER.)</b>                                             | <b>DUVAL (PIERRE)</b>  | <b>LENORMANT</b>            |
| <b>BRINDEAU</b>                                                    | <b>GOSSET</b>          | <b>LOEPER</b>               |
| <b>BROCA (ANDRÉ)</b>                                               | <b>GOUGET</b>          | <b>MACAIGNE</b>             |
| <b>BRUMPT</b>                                                      | <b>JEANNIN</b>         | <b>MAILLARD</b>             |
| <b>CARNOT</b>                                                      | <b>JEANSELME</b>       | <b>MARION</b>               |
| <b>CASTAIGNE</b>                                                   | <b>JOUSSET (ANDRÉ)</b> | <b>MORESTIN</b>             |
| <b>CLAUDE</b>                                                      | <b>LABBE (MARCEL)</b>  | <b>MULON</b>                |
| <b>COUVELAIRE</b>                                                  | <b>LANGLOIS</b>        | <b>NICLOUX</b>              |
|                                                                    |                        | <b>NOBECOURT</b>            |
|                                                                    |                        | <b>OMBREDANNE</b>           |
|                                                                    |                        | <b>POTOCKI</b>              |
|                                                                    |                        | <b>PROUST</b>               |
|                                                                    |                        | <b>RENON</b>                |
|                                                                    |                        | <b>RICHAUD</b>              |
|                                                                    |                        | <b>RIEFFEL, chef</b>        |
|                                                                    |                        | <b>des travaux anat.</b>    |
|                                                                    |                        | <b>SICARD</b>               |
|                                                                    |                        | <b>ZIMMERN</b>              |

*Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR SEGOND

A MES MAÎTRES EN MÉDECINE

MONSIEUR LE DOCTEUR FAISANS

MONSIEUR LE DOCTEUR BARTH

MONSIEUR LE DOCTEUR HIRTZ

MONSIEUR LE DOCTEUR TRIBOULET

MONSIEUR LE DOCTEUR CAUSSADE

A MES MAÎTRES EN CHIRURGIE

MM. HUMBERT, CAMPENON, RECLUS, ROUTIER,  
THIERRY, SOULIGOUX, CUNÉO, OMBRÉDANNE.

A MES MAÎTRES D'INTERNAT

M. LE DOCTEUR J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.

M. LE DOCTEUR RICHELOT

M. LE DOCTEUR LEJARS

M. LE DOCTEUR NÉLATON

M. LE DOCTEUR J.-L. FAURE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DE LA  
**Torsion de l'Utérus**  
**produite par les Tumeurs utéro-annexielles**

---

INTRODUCTION

Le terme de torsion de l'utérus est assez vague, pour qu'il soit nécessaire d'abord de bien spécifier ce que nous avons l'intention d'étudier.

Schultze, en effet, dans son ouvrage, intitule un de ses chapitres *Torsions de l'utérus*. Pour lui cet organe, à l'état normal, n'est pas exactement au milieu du bassin, sa face antérieure étant dirigée en avant et un peu à droite ; Cruveilhier, Hyrtl, Küstner, Rieffel signalent aussi cette dextro-torsion normale. « Cette déviation légère peut s'accroître dans quelques cas ; elle n'est alors qu'une complication fréquente des autres déviations, surtout des anté et rétroversions et flexions. » Nous éliminons de notre travail cette catégorie de faits, d'abord parce qu'ils rentrent plutôt dans le cadre des vices de positions de l'utérus et qu'ensuite il

s'agit d'une rotation subie par tout l'organe et non d'une torsion du corps de l'utérus sur le col.

D'autre part, nous n'étudierons pas non plus les torsions de l'utérus gravide sans tumeurs. C'est là un fait bien spécial, d'une étiologie particulière, rare peut-être chez la femme, mais beaucoup plus fréquent chez les animaux (1).

Après avoir éliminé ces faits, il ne reste plus que les torsions utérines produites par les tumeurs utéro annexielles. Celles-ci en effet peuvent, en se déplaçant, entraîner avec elle le corps utérin ; l'utérus subit alors, autour de son axe vertical dans certains cas que nous aurons à étudier, un mouvement de rotation plus ou moins prononcé vers la gauche ou vers la droite, tandis que le col, fixé par l'insertion vaginale, reste en place. C'est donc une complication des tumeurs de l'utérus ou de ses annexes ; c'est cette complication dont nous allons essayer de donner la description.

---

1. Kustner. *In Veit, Handbuch der Gynæk.* I. p. 112.

---

N. B. — *Les chiffres entre parenthèses renvoient aux observations.*

## CHAPITRE I

### Historique

---

Lorsque l'on parcourt les documents que l'on possède sur cette question, il ne semble pas qu'elle ait été beaucoup étudiée. Et pourtant depuis longtemps déjà l'on connaît les déplacements de l'utérus produits par les tumeurs : Voisier en 1804, Montaulieu, Delpech, Cazeaux les avaient signalés, mais aucun auteur ne parle encore de torsion axiale. Cependant il semble que CRUVEILHIER en ait observé ; en effet il dit : « Quelquefois la cavité utérine est interrompue par des adhérences et ne peut être retrouvée qu'à une certaine distance. »

Ce ne fut guère d'ailleurs qu'à partir des publications de ROKITANSKY que l'on commença à s'occuper de la torsion des organes abdominaux. Les torsions de l'utérus ne furent d'abord connues que comme curiosité anatomique. VIRCHOW le premier en décrit une pièce provenant de l'Institut pathologique de Berlin. Presque en même temps que lui, KLOB dans son traité écrivait : « L'utérus est attiré en haut par les tumeurs de l'ovaire, placé de travers et souvent tordu sur son axe vertical. » On voit donc que

depuis de nombreuses années déjà sont mentionnées les torsions de l'utérus sur son axe ; et cependant les auteurs en parlent à peine.

KOEBERLÉ en dit deux mots : « Certains organes du bassin plus ou moins pédiculés, tels que les ovaires et la matrice, peuvent, dans les mouvements de décubitus latéral, subir des inflexions et des rotations plus ou moins grandes selon les mouvements de l'individu ; les mouvements de rotation peuvent aller jusqu'à de véritables torsions. » Dans un autre article il dit : « La matrice est plus ou moins entraînée et déplacée dans le sens du mouvement de torsion. »

LEFOUR, dans sa thèse, mentionne les torsions de l'utérus par fibrome pédiculé : « mais pour que cette torsion soit possible il faut que le fibrome soit volumineux et que son pédicule ait un certain volume. » Plus loin : « Dans certains cas une tumeur fibreuse implantée à l'union du col et du corps de l'utérus prend un tel développement sous l'influence de la grossesse qu'elle ne peut suivre la matrice dans son mouvement ascensionnel au-dessus du détroit supérieur. Tandis que le globe utérin attire en haut le col utérin, le corps fibreux l'empêche de s'élever ; de là des tiraillements qui conduisent à l'élongation. En outre on peut voir en pareille circonstance la portion cervico-utérine sur laquelle porte l'élongation être tordue sur son axe, comme l'a constaté Cazeaux dans son observation d'hypertrophie du col prise pour un corps fibreux (1). Lorsque

---

1. Cazeaux. *Traité des Accouchements*, 1879, p. 729. L'observation citée ici n'est pas reproduite dans notre travail ; car la description en est très obscure et il est difficile de savoir

cette élongation et cette torsion se produisent en dehors de l'état de grossesse, elles s'opposent à la fécondation par déplacement du col et par oblitération de la cavité de cet organe. »

SCHROEDER est plus explicite ; il indique un facteur important, le volume du fibrome, et une conséquence fréquente, l'hématométrie. « Les myomes sous-séreux qui prennent un grand développement peuvent attirer l'utérus en haut et allonger le col... Lorsqu'en même temps l'utérus est tordu sur son axe, il peut se développer soit une hématométrie soit une hydrométrie. » Plus loin : « Les trompes de Fallope peuvent subir des changements de position tels que toutes deux se trouvent du même côté ou que la trompe droite est déviée à gauche et vice-versa. »

TERRILLON, dans son article de la *Revue de Chirurgie*, dit simplement : « Les organes de voisinage participent assez souvent à la rotation, surtout la trompe, d'autres fois c'est l'utérus ou l'intestin. »

PLANQUE, dans sa thèse sur la torsion des fibromes utérins, dit quelques mots de la torsion de l'utérus et indique la nécessité de l'allongement et de l'amincissement de la portion cervicale pour former un pédicule susceptible de se tordre.

Si maintenant nous parcourons les traités classiques, nous voyons les auteurs parler de la torsion utérine d'une façon tout à fait incidente.

BOUILLY, SCHWARTZ, DELBET, KÜSTNER dans le *Traité*

---

quels sont le siège et la nature de la tumeur et quelle est la situation exacte de l'utérus.

de VEIT, KELLY, ORTH, POZZI, LEGUEU et LABADIE-LAGRAVE, en parlent peu ou pas ; c'est à peine si LEJARS dans son *Traité de Chirurgie d'urgence* cite quelques observations et indique que les formes aiguës de la torsion utérine peuvent nécessiter une intervention rapide.

Seul BAROZZI dans son *Manuel de Gynécologie pratique* en fait une bonne description.

Nous voyons donc par toutes ces citations que, si la torsion utérine est indiquée par les auteurs, sa symptomatologie en revanche est à peine décrite et la ligne de conduite à suivre même pas mentionnée. Cependant des observations assez nombreuses en ont été publiées : nous en avons réuni 85, plus trois inédites, au total 88. Mais la plupart de ces observations sont simplement décrites comme rareté pathologique ; et nous n'avons à citer comme ayant fait un travail d'ensemble sur la question que les noms de JOHANOWSKI (1898), SCHULTZE (1898), EHRENDORFER (1895), VON WOERTZ (1900), BAROZZI (1904).

C'est en nous aidant de ces travaux et en étudiant de près les nombreuses observations publiées que nous allons essayer de tracer l'aspect clinique de la torsion de l'utérus.

## CHAPITRE II

### **Etiologie**

---

La torsion de l'utérus autour de son axe vertical est produite par deux variétés de tumeurs : le fibrome et les tumeurs annexielles.

Le fibrome est de beaucoup la cause la plus fréquente, car, sur nos 88 observations, on le rencontre 54 fois.

Quant aux tumeurs des annexes, elles se décomposent ainsi :

- 15 kystes de l'ovaire gauche ;
- 6 kystes de l'ovaire droit ;
- 6 kystes de l'ovaire dont le côté n'est pas indiqué ;
- 3 tumeurs des ovaires (cancer, papillome, etc.) ;
- 3 kystes parovariens.

Les tumeurs des annexes gauches (au total 19) semblent donc être une cause fréquente de torsion utérine. Faut-il voir dans ce fait le simple hasard d'une même série ? Il est difficile d'être là-dessus bien affirmatif ; nous verrons cependant au chapitre « Mécanisme » qu'une explication peut en être donnée. Remarquons pour le moment que, dans les

observations de Rokitansky, Tait, Terrillon, Mouls, Baron, etc. sur la torsion du pédicule des kystes ovariens, il y a par contre une prédominance assez grande pour le côté droit.

Rien de particulier au sujet de l'âge des malades. La torsion de l'utérus étant une complication de tout un groupe de tumeurs du bassin se voit à l'époque habituelle du développement de ces tumeurs. C'est dire que l'âge des malades varie entre trente et cinquante ans ; quelquefois cependant beaucoup plus tôt : 19 ans (v. Woertz) ; d'autres fois plus tard : 73 ans (Jacobsen).

Il serait plus intéressant de savoir depuis combien de temps existait la tumeur lorsque la torsion s'est produite. Malheureusement sur ce point particulier la plupart des observations sont muettes ; ce qui tient à deux causes : d'abord à ce que cette évaluation est assez difficile, et qu'ensuite les symptômes de torsion sont souvent les premiers phénomènes qui attirent l'attention du côté du ventre. Toutefois Schultze nous dit que dans un de ses cas la tumeur existait depuis vingt-huit ans ; Homans indique seize ans, Küstner quinze ans ; mais, dans la plupart des cas, la durée semble moins longue et ne varie guère que de quelques années.

Cependant il est un fait qui, dans une certaine mesure, peut indiquer l'âge de la tumeur : c'est son volume. Or, sur ce point, tous les auteurs ont sensiblement les mêmes conclusions, il s'agit presque toujours de tumeurs déjà volumineuses. Elles sont comparées à une tête d'enfant ou même d'adulte ; leur poids peut atteindre 30 livres (Piccini) 11 kilos (Faure). Il y a donc là un élément étiologique très important.

Le siège du néoplasme semble aussi avoir de l'intérêt : presque toujours en effet le fibrome s'insère au fond de l'utérus ; car dans ce cas, en s'élevant dans l'abdomen, il étire et pédiculise la partie sous-jacente de l'utérus.

Enfin les auteurs allemands ont insisté sur l'importance de la grossesse et de la multiparité. Remarquons cependant avec Barozzi que ce fait a été beaucoup exagéré. En effet nous voyons que les multipares forment près de la moitié des malades, et que parmi les autres les primipares forment la majorité. La grossesse n'intervient donc que parce qu'elle rend les parois abdominales très lâches et aussi, pour Barozzi, parce qu'elle rend le tissu utérin plus malléable, plus ductile.

## CHAPITRE III

### Mécanisme

---

Le mécanisme des torsions de l'utérus est, dans ses grandes lignes, le même que celui de toutes les tumeurs du petit bassin ; il présente cependant quelques points particuliers que nous allons essayer de mettre en évidence.

Il faut d'abord, suivant l'exemple d'Ehrendorfer, distinguer deux groupes de faits et mettre d'un côté les tumeurs largement implantées sur l'utérus, soit fibrome, soit tumeur annexielle adhérente, et d'un autre côté les tumeurs pédiculisées telles que kystes de l'ovaire non adhérents ou fibromes sous-péritonéaux. En effet, dans le premier cas seulement la rotation de l'utérus est immédiate. « Lorsque, dit Wilson, le pédicule (du fibrome) est large, court, épais, si les causes qui tendent à la torsion de la tumeur se produisent, c'est l'utérus qui se tord ». Dans le second cas au contraire, la torsion de l'utérus est médiate : la tumeur pédiculée se tord la première, puis le mouvement de torsion se continue au niveau de l'isthme utérin ; ce qui le prouve, c'est que les tours de spire sont toujours plus nombreux sur le pédicule de la tumeur que

sur l'utérus et que le sens de la torsion est toujours le même sur le pédicule de la tumeur et sur l'utérus. Cependant la torsion utérine peut être primitive même avec des tumeurs bien pédiculées. Ceci est très net dans l'observation de Winter : le kyste de l'ovaire, ayant un pédicule long de 4 à 5 centimètres, n'est pas tordu, ce kyste d'abord situé à gauche et dans le Douglas s'est porté peu à peu vers la droite au fur et à mesure de son augmentation de volume, entraînant avec lui l'utérus qui s'est lentement tordu.

Nous voyons donc que dans le cas de torsion médiate le mécanisme n'a rien de particulier ; au contraire lorsque la torsion de l'utérus est primitive ou immédiate, sa pathogénie présente des points spéciaux.

Cette distinction faite, voyons les conditions nécessaires pour qu'un utérus puisse se tordre. D'après Planque, il faut deux conditions majeures pour qu'une tumeur quelconque subisse un mouvement de rotation : *tumeur mobile, pédicule grêle.*

La *mobilité* exclut les adhérences ; dans bien des cas en effet on n'en a trouvé aucune. Quelques observations cependant en mentionnent, presque toujours à l'épiploon, parfois à l'intestin, au cœcum, ou à la paroi abdominale ; dans ces cas il s'agit toujours de torsion lente ou ancienne et les adhérences se sont faites postérieurement à la torsion. D'ailleurs, d'après Frænkel (1), même les adhérences préexistantes peuvent jouer un certain rôle : elle cons-

---

1. FRÆNKEL. *Virchow's Arch.*, 1883, p. 503.

titueraient un axe autour duquel pourrait s'effectuer la torsion.

La deuxième condition principale est la présence d'un *pédicule grêle*. Pour qu'un utérus puisse se tordre, il faudra donc qu'il se modifie dans sa forme et qu'il se pédiculise en s'allongeant et en s'amincissant au niveau de son isthme. Ce phénomène d'ailleurs est très connu et mentionné dans toutes les observations : lorsque les tumeurs du bassin, attenantes à l'utérus, ont tendance à s'élever, elles attirent avec elles cet organe. Celui-ci, fixé par son insertion vaginale, se trouvera par conséquent allongé au niveau de sa portion la plus faible, c'est-à-dire entre le corps et le col ; en même temps, cette portion sera amincie et aura ainsi la forme d'un véritable pédicule, plus ou moins long, plus ou moins grêle, et autour duquel le corps utérin pourra tourner.

Quelles sont donc les différentes causes qui peuvent provoquer la torsion, lorsque l'utérus a été ainsi modifié dans sa forme ?

Les mêmes théories, énoncées pour expliquer les torsions des kystes de l'ovaire ou des fibromes, peuvent s'appliquer à l'utérus. Nous ne mentionnerons que celles qui semblent se rattacher le plus au sujet qui nous occupe.

Avec Baron, nous classerons les causes de la torsion en deux catégories principales :

- 1° Changements dans la statique abdominale ;
- 2° Modifications de la tumeur.

#### **1° Changements dans la statique abdominale**

*Le relâchement de la sangle abdominale, invoqué par*

Mouthon (1), paraît favoriser la torsion ; elle rend en effet plus grande la mobilité de la tumeur. Celle-ci « peut tourner sur son axe chaque fois que la malade, dans le décubitus dorsal, tournera sur le côté ».

Les *alternatives de réplétion et de vacuité* de la vessie et du rectum ont été surtout incriminées par Rokitansky, Vercoutre, Tait, Klob. Cependant, malgré les expériences cadavériques de ces auteurs, la vessie ne semble pas jouer un rôle bien considérable. Plus importante semble être l'influence du rectum et de l'S iliaque, ces organes distendus agissant plus directement sur la tumeur. C'est peut-être là, en effet, l'explication de ces faits que nous avons vus : la plus grande fréquence des torsions utérines par tumeurs annexielles gauches et des torsions de gauche à droite. En effet l'accumulation des matières fécales dans le rectum et l'S iliaque, chez les femmes si souvent constipées, empêche l'accroissement du kyste de ce côté et le repousse à droite, d'où torsion de l'utérus dans le même sens.

Les *changements d'attitude* et les *mouvements brusques* du corps ont été signalés par Rokitansky, Kidd (2), plus récemment par Potherat (3). Cette cause est très importante et produit toujours une torsion brusque. Elle est très nette dans les cas de SCHUTZENBERGER (mouvement brusque dans le lit, 4), LOEHLEIN (travail de jardin, 35), WERTHEIM (travail fatigant, 58).

---

1. Mouthon, thèse de Paris, 1897.

2. Kidd. *Dublin J. of med. Sc.*, 1870, L, p. 198.

3. Potherat et Lenoble. *Gynécologie*, 1898.

Enfin la torsion peut avoir lieu soit au cours de la *grossesse* soit immédiatement après l'accouchement. Dans le premier cas, la grossesse aggrave seulement le pronostic et l'utérus se tord non pas parce qu'il est *graveide*, mais parce qu'il subit l'une des influences que nous venons de voir ou celles qu'il nous reste à étudier. Après l'accouchement au contraire, il se fait un vide brusque dans l'abdomen, et la tumeur peut alors tourner à sa guise avec l'utérus. Ces torsions post-puerpérales sont mentionnées par plusieurs auteurs, et il semble bien que, dans ces cas, l'accouchement a été une cause déterminante de torsion. Remarquons cependant que jamais il ne s'est produit de torsion brusque, et que dans la plupart des observations les symptômes n'ont apparu que trois semaines ou un mois environ après l'accouchement.

## 2° Modifications de la tumeur

Là encore de nombreuses théories, sur l'influence de la menstruation, de la ponction de la tumeur, de la nature même de celle-ci. Mais ce sont des causes bien secondaires et nous ne parlerons que de *l'accroissement* de volume de la tumeur. Ceci en effet est, pour nous, la cause principale de la torsion de l'utérus, bien qu'elle ne soit guère mentionnée que par SONNENFELD, et nous allons voir successivement ce qui se passe, selon que la torsion est produite par une tumeur annexielle ou par un fibrome.

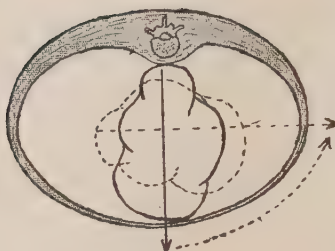
Dans le premier cas le mécanisme paraît assez simple. La tumeur annexielle est, à son début, presque toujours

prolabée dans le Douglas. Au fur et à mesure de son augmentation de volume, pour peu qu'une cause quelconque tende à la pousser du côté opposé (et c'est là où se voit bien l'influence des matières fécales remplissant l'S iliaque), la tumeur entrainera l'utérus dans son mouvement tournant et celui-ci se tordra peu à peu à l'union du col et du corps.

Si la tumeur ovarienne a un développement seulement abdominal, nous la voyons d'abord allonger le col utérin à mesure qu'elle monte dans l'abdomen. Puis, si la sangle abdominale est lâche, à la suite de mouvements plus ou moins brusques ou par la pression intestinale, elle pourra passer d'un hypogastre dans l'autre et plus la tumeur grossira plus la déviation sera accentuée ; le kyste entrainera ainsi la corne utérine à laquelle il est attaché et la torsion se constituera progressivement. Nous avons vu très nettement ce processus dans une intervention faite par M. Richelot pour un kyste ovarique. Le kyste, venant des annexes droites, gros comme deux poings, était dans l'abdomen presque sur la ligne médiane et même plutôt à gauche ; en attirant la corne utérine droite, il avait causé une latéro-flexion gauche, et de plus cette corne droite était plus antérieure que normalement : c'était donc l'ébauche d'une future torsion.

Passons maintenant au second ordre de faits et voyons ce qui se passe lorsqu'il s'agit de fibromes utérins.

Le fibrome, au fur et à mesure de son accroissement, s'élève hors du bassin, entrainant avec lui l'utérus qui s'allonge ainsi au niveau de son isthme. Puis le fibrome, adossé en arrière à la colonne vertébrale, ne tardera pas à



rencontrer en avant la paroi abdominale. Si alors la résistance de cette paroi est inférieure à celle du pédicule utérin, elle se laissera repousser de plus en plus par la tumeur. Mais si la sangle abdominale est encore solide, le fibrome, ne pouvant plus la repousser, tendra évidemment à se mettre là où il aura de la place ; l'extrémité antérieure de son axe antéro-postérieur glissera peu à peu contre la paroi abdominale pour se porter de plus en plus sur les côtés. La tumeur se tournera ainsi progressivement, parce qu'elle a plus de place dans le sens transversal que dans le sens antéro-postérieur. C'est là le même mécanisme d'accommodation que l'on voit en accouchement : la tête (ou la tumeur) tourne parce qu'elle accommode ses grands diamètres aux grands diamètres du bassin (ou du ventre).

Tel est le mécanisme qui cause les torsions de l'utérus par tumeurs utéro-annexielles. Nous voyons que ce mécanisme est différent suivant qu'il s'agit de torsion brusque ou de torsion lente. Celle-ci est due à l'accroissement progressif de la tumeur ; celle-là au contraire est produite par des changements dans la statique abdominale, principalement par des mouvements brusques ou à la suite de la grossesse.

## CHAPITRE IV

### Anatomie pathologique

---

#### 1<sup>o</sup> Lésions macroscopiques

Nous aurons à étudier successivement les lésions de l'utérus, des annexes et de la tumeur.

Ce qui frappe d'abord lorsqu'on examine une pièce de torsion utérine, c'est la déformation de l'utérus. Si le corps en est toujours très net, plus ou moins volumineux, en revanche toute la partie isthmique est allongée, amincie et tordue.

Cette élongation est très variable : elle atteint en moyenne 4-6 centimètres. Elle est d'ailleurs assez difficile à évaluer ; car, après l'hystérectomie, la portion étirée de l'utérus se raccourcit beaucoup. C'est ainsi que, dans l'une de nos observations, le pédicule en place avait au moins 6 centimètres et 4 seulement après l'opération. De même, l'épaisseur de ce pédicule est très variable ; et il est dit tantôt de la grosseur d'un doigt, tantôt de celle d'un crayon. Il peut donc être plus ou moins long, plus ou moins mince ; mais il est nécessaire pour que la rotation puisse se produire. C'est en effet à son niveau que l'utérus est tordu sur lui même ; et, lorsqu'on le voit en place, il ressemble à une corde dont les tours de spire sont plus ou

moins serrés, et autour de laquelle s'enroulent parfois les ligaments larges, les trompes, les ovaires.

Les tours de spire sont en nombre très variable ; nous ne parlerons pas de ces petites torsions assez fréquentes, qui ne se manifestent par aucun symptôme et dont on ne s'aperçoit qu'au moment de l'opération, lorsqu'on veut pincer les ligaments larges : ceux-ci ne sont pas exactement à leur place et il faut porter l'instrument un peu plus en avant ou un peu plus en arrière. En dehors de ces cas, sans aucune importance pathologique, tous les degrés de torsion ont été rencontrés, depuis 90° jusqu'à cinq fois 180° ; dans la majorité des cas, elle est de 180°.

Le sens de la torsion est variable, tantôt de gauche à droite, tantôt de droite à gauche. Mais remarquons que, lorsqu'il y a aussi torsion du pédicule de la tumeur, celui-ci est toujours plus tordu que l'utérus et que les deux torsions sont dans le même sens.

A propos des kystes de l'ovaire, plusieurs théories ont été émises pour expliquer le sens suivant lequel se fait cette torsion ; ces mêmes théories peuvent s'appliquer au sujet qui nous occupe. Pour Sp. Wels, Vercoutre, ce sens peut être quelconque. Pour Rokitansky, la rotation se fait de dedans en dehors, c'est-à-dire, quel que soit le côté de la tumeur, que sa face antérieure se tourne en dehors, puis en arrière. Pour Freund (1), au contraire, pour les tumeurs de l'ovaire droit, le pédicule est tordu à gauche et inversement.

---

1. Freund. *Centralbl. f. Gyn.*, 1892.

La loi de Rokitansky est la plus généralement admise. Cependant nous voyons dans nos observations d'abord qu'il y a prédominance considérable de la torsion de gauche à droite, et ensuite que sur 27 kystes ovariens, 9 seulement suivent la loi de Rokitansky. En somme on ne peut dire actuellement qu'une seule chose, c'est que la torsion semble se faire indifféremment d'un côté ou de l'autre.

La surface extérieure de l'utérus dans toute la partie située au-dessus de la torsion a changé de couleur : au lieu d'être rosée ou rouge pâle, elle est devenue rouge sombre, violette, et cette teinte cyanotique est parfois tellement accusée qu'elle seule a pu obliger l'opérateur à faire une hystérectomie (Switalski). De plus on voit très souvent des extravasations sanguines sous-péritonéales plus ou moins étendues. Il en est de même à la coupe, où l'on voit le tissu utérin d'un rouge foncé, avec, par endroits, de véritables noyaux d'infarctus. Enfin la muqueuse elle-même est rouge ou violet foncé, tantôt par places, tantôt dans sa totalité ; et cette coloration se montre en dehors de tout état menstruel ou d'une période de pertes. C'est ainsi que dans l'une de nos observations personnelles toute la partie de la muqueuse située au-dessus du lieu de torsion était violet sombre, tandis que la partie inférieure était restée rosée.

Il est évident que, suivant le degré de striction, la cavité utérine sera plus ou moins fermée. En général l'occlusion n'est pas complète et l'hystéromètre peut aller jusqu'au fond de l'utérus. Parfois cependant la cavité utérine a disparu au niveau du lieu de torsion, comme dans les observations de Virchow, Timmers, Homans, Johanowski, Semme-

ling, etc. Et même il peut se produire une séparation complète du corps et du col, tel le cas de Ricard. Notons toutefois que ce dernier fait peut se produire sans torsion, comme le montrent les observations de Times, Lennander, etc. Pour Delbet il ne s'agirait d'ailleurs jamais d'une séparation anatomiquement complète ; et l'on trouverait toujours un cordon fibro-musculaire établissant la continuité du col et du corps.<sup>1</sup>

Quoi qu'il en soit, retenons ce fait, que la cavité cervicale peut être complètement fermée. C'est là en effet une cause d'erreur lorsqu'on veut cathétériser l'utérus : comme l'isthme est allongé, l'hystéromètre, bien qu'il soit arrêté avant d'arriver au fond de l'utérus, peut donner une longueur normale. Cette cause d'erreur est bien indiquée dans l'observation de R. von Holst (27).

Au-dessus de cette cavité cervicale ainsi déformée, se trouve la cavité du corps. Celle-ci est plus ou moins dilatée, parfois vide, d'autres fois pleine de sang : l'hématométrie est en effet fréquemment signalée.

Dans le cas de grossesse coexistante le fœtus est tantôt vivant, tantôt mort et ramolli (Piccini, 22).

La situation des ovaires a le plus souvent changé ; attirés par le mouvement de rotation de l'utérus, ils ont cheminé avec lui. En général ils se trouvent l'un dans le Douglas et l'autre derrière la symphyse. Parfois celui de droite se trouve à gauche et vice-versa ; d'autres fois même, lorsque les tours de spire sont nombreux, chaque ovaire est revenu à peu près à sa place normale, après avoir décrit une circonférence complète autour du pédicule utérin.

Quant aux trompes, elles sont enroulées autour de ce pédicule, et allongées quelquefois considérablement : 11 centimètres dans un de nos cas, 9 pouces dans l'observation de Wilson.

Les lésions de ces organes sont assez variables, et l'on pourrait dire qu'elles dépendent de la rapidité avec laquelle la torsion s'est produite.

Les ovaires peuvent être sains ou scléro-kystiques, parfois un peu œdématisés. Les ligaments larges sont presque toujours épaissis et œdématisés, et sur ces tissus mous et friables, les ligatures tiennent mal, d'où possibilité d'hémorragies secondaires (obs. de Micheli, 66). Parfois même les ligaments larges sont infiltrés de sang (obs. de Wertheim, 58).

Lorsque la torsion a été rapide, les lésions sont beaucoup plus accusées ; c'est alors que l'on voit de l'hydrosalpinx ou des hémorragies assez considérables dans les trompes et les ovaires ; dans plusieurs observations, on compare les annexes à de grosses poches sanguines (von Stratz, 75).

Examinons maintenant les lésions des tumeurs ayant produit la torsion de l'utérus.

Lorsqu'il s'agit de kyste de l'ovaire, ce sont les mêmes lésions que dans le cas de torsion pédiculaire : épanchement sanguin intra-kystique, gangrène de la paroi, etc. Ces faits sont bien connus, aussi nous ne les développerons pas plus longuement.

S'il s'agit d'un fibrome, les lésions ont quelque analogie avec celles décrites par Pillet et Planque dans la torsion du pédicule des fibromes. La consistance de la tumeur est

molle ; elle peut donner lieu à la même sensation de rénitence qu'une tumeur kystique . La coloration est toujours bleu sombre ou rouge foncé ; on aperçoit même par place des taches violacées, qui sont des foyers hémorragiques sous-péritonéaux plus ou moins confluent. Parfois des adhérences unissent cette tumeur aux organes voisins : intestin, cæcum et appendice, grand épiploon, paroi abdominale.

A la coupe, l'aspect de la tumeur est assez variable suivant le point considéré. Au centre elle présente l'aspect de tissu fibromyomateux normal, de coloration blanche légèrement rosée, nettement lobulé, au milieu duquel on aperçoit d'assez nombreux orifices de vaisseaux dilatés. La partie périphérique est formée par un tissu de consistance plus molle, présentant un aspect réticulé, et laissant écouler à la surface de la coupe une certaine quantité de liquide légèrement jaunâtre. Cette infiltration œdémateuse est constante, mais plus ou moins intense : dans notre dernière observation, elle était tellement prononcée que le fibrome était véritablement dissocié par la sérosité, laquelle coulait abondamment de la surface de section.

Enfin, de loin en loin, on aperçoit des taches violacées d'étendue variable, qui sont des foyers hémorragiques. Ceux-ci ont été bien décrits par Pilliet. « La masse de la tumeur subit une apoplexie totale qui se retrouve toujours, qui se manifeste à l'œil nu par une coloration rougeâtre ou jambonnée tout à fait spéciale, et dans cette apoplexie se détachent des points d'extravasation sanguine plus foncés, qui constituent de véritables infarctus diffus, à contours mal définis, mais bien reconnaissables à leur

teinte lie de vin. Ils sont surtout abondants à la périphérie. » L'intensité de ces lésions est d'ailleurs variable suivant que la torsion s'est produite plus ou moins brusquement et que les tours de spire sont plus ou moins serrés : si l'oblitération veineuse est complète on constate alors surtout l'apoplexie du myome et même sa gangrène (obs. de Reinprecht, Timmers).

Signalons encore les lésions des organes voisins.

Le péritoine réagit fréquemment par une inflammation qui se traduit par la rougeur et la formation d'adhérences ; dans les formes rapides, on trouve très fréquemment de l'ascite libre, parfois teintée de sang. La vessie peut suivre le mouvement de torsion et se dévier. C'est ainsi que, dans l'observation de Goffe, elle fut attirée à droite et en arrière ; dans le cas d'Ehrendorfer, elle était élevée et déviée à gauche. Mais ces faits sont l'exception, la vessie restant généralement à sa place.

## 2° Lésions microscopiques

Comme précédemment, il nous faut voir les lésions produites au niveau de la tumeur, et celles de l'utérus et des annexes.

S'agit-il d'un kyste de l'ovaire comme d'une torsion utérine, on retrouve à son niveau les lésions classiques partout décrites. On voit les trois stades successifs, dus au degré même de l'étranglement : 1° congestion ; 2° hémorragie dans la paroi et à l'intérieur du kyste ; 3° sphacèle plus ou moins étendu de la paroi. Toutes ces lésions sont

bien connues : aussi nous ne nous y arrêterons pas plus longtemps.

Lorsqu'un fibrome est en cause, on aperçoit les lésions ordinaires d'œdème et d'hémorragies, bien décrites par Pillet. Les fibres musculaires sont augmentées de volume, gonflées en quelque sorte et deviennent moins colorables ; en même temps elles sont dissociées, séparées les unes des autres par un tissu d'infiltration à structure fibrillaire. Au niveau des taches hémorragiques, l'examen microscopique montre l'existence des fibres musculaires et conjonctives dissociées et œdématisées et séparées les unes des autres par des amas de globules sanguins. « Elles sont noyées, pour ainsi dire, dans une véritable nappe sanguine ». Par places, on aperçoit un sinus veineux considérablement dilaté, dont les parois sont excessivement minces et la lumière bourrée de globules rouges.

Telles sont les lésions immédiates du fibrome dues à la torsion : elles sont la conséquence d'un seul facteur, les troubles de la circulation. Mais, à ces lésions principales, nous voyons dans quelques observations qu'il s'en est ajouté d'autres beaucoup plus tardives. Celles-ci d'ailleurs n'ont rien de particulier ; comme l'a montré Quénu, elles sont dues aux troubles circulatoires, à l'ischémie qui en résulte et à l'infection qui peut se surajouter. C'est ainsi que Wertheim, Micholitch ont signalé la nécrose du fibrome, Sonnenfeld son ramollissement central ; enfin Schultze, dans une de ses observations dit que, à l'intérieur du fibrome, existait une cavité irrégulière, limitée par un tissu ramolli, en voie de sphacèle, et contenant un liquide roussâtre.

Voyons maintenant quels sont les phénomènes, beaucoup plus intéressants, qui se passent du côté de l'utérus, lorsque celui-ci est tordu au niveau de son isthme.

Ses fibres musculaires se comportent de la même façon que celles du fibrome. Elles sont grosses, comme gonflées, mal colorées ; le noyau est volumineux, arrondi. Par places, des ruptures vasculaires avec amas plus ou moins considérables de globules rouges ; cette extravasation sanguine dissocie les fibres musculaires, au contact immédiat desquelles elle se trouve. Elle peut être considérable, comme dans les observations de Polak, Johanowski, où tout le fond de l'utérus avait une teinte ecchymotique très prononcée.

Les lésions de la muqueuse sont multiples et variables suivant le lieu où on les considère et le degré de torsion. Nous allons prendre comme type de cette description l'une de nos observations personnelles où les lésions étaient très caractéristiques.

La muqueuse du corps est rougeâtre, violacée, très épaisse (4 millimètres). A un faible grossissement, on voit des glandes nombreuses et dilatées ; dans le chorion, des cellules rondes extrêmement éparses, sauf autour de quelques culs-de-sac glandulaires et au-dessous de l'épithélium muqueux. Mais ce qui domine surtout, c'est l'envahissement de tout le chorion par un nombre considérable de globules sanguins : on en voit aussi bien dans l'intérieur de nombreux capillaires très dilatés que dans le tissu même de la muqueuse. Aucun globule rouge dans les glandes.

L'épithélium muqueux est haut, nettement cylindrique ; les cellules en sont grosses, comme gonflées ; les

noyaux sont volumineux, mal colorés. Quelques rares globules sanguins se voient au milieu de cet épithélium.

L'épithélium glandulaire est d'aspect variable. Sur quelques glandes, il est absolument semblable à l'épithélium muqueux ; sur d'autres, les cellules sont très volumineuses, gonflées, confondues les unes avec les autres. Ailleurs enfin, les cellules sont petites, à contours irréguliers, avec un gros noyau qui les remplit presque en totalité.

Au niveau du lieu de torsion, l'utérus présente des lésions différentes, selon le degré de l'étranglement.

Si la cavité cervicale est restée perméable, les lésions sont les mêmes que celles que nous venons de voir, sauf qu'elles sont un peu moins prononcées. Si au contraire cette cavité est obstruée, il peut y avoir disparition complète de la muqueuse utérine à ce niveau, comme dans l'observation de Semmelink ; la presque totalité des fibres musculaires peut même disparaître, exemple : les cas de Ricard et de Smith.

Telles sont les lésions anatomo-pathologiques, consécutives à la torsion de l'utérus. On voit qu'elles relèvent toutes du même facteur, les troubles circulatoires, et que les conséquences en sont l'infiltration œdémateuse et l'extravasation sanguine.

## CHAPITRE V

### Symptomalogie

---

Il est malaisé de tracer un tableau clinique de la torsion de l'utérus. Celle-ci en effet, ainsi que nous l'avons vu, peut se surajouter à la torsion d'un fibrome ou d'un kyste de l'ovaire, de sorte que, au milieu de cet ensemble de symptômes, la part qui revient à l'utérus est assez difficile à mettre en évidence. De plus l'évolution des accidents est assez variable et d'une durée plus ou moins longue. Il sera donc nécessaire de décrire plusieurs types cliniques, et, de même que pour la torsion pédiculaire des kystes ovariens, nous étudierons deux formes : forme rapide, forme lente.

#### 1° Forme rapide

La forme brusque, suraiguë, se manifeste par une crise très violente, qui met rapidement en danger la vie de la

malade ; elle ressort véritablement de la chirurgie d'urgence. Cette forme grave est d'ailleurs assez rare et nous n'avons pu en relever qu'une dizaine de cas.

La malade, jusqu'alors bien portante, n'a jamais souffert du ventre ; parfois cependant de petites crises douloureuses antérieures sont mentionnées ; mais ces douleurs sont peu violentes et passent presque inaperçues. Généralement la malade ignore qu'elle a une tumeur utérine ou annexielle ; pourtant, dans deux ou trois cas, un examen médical antérieur l'a renseignée sur son état. Quoi qu'il en soit de ces antécédents assez variables, la malade, à l'occasion d'un mouvement brusque, ressent tout à coup dans le ventre une douleur extrêmement vive et dont l'intensité augmente rapidement ; d'abord localisée au bas ventre, elle ne tarde pas à s'étendre aux fosses iliaques, puis à tout l'abdomen. Cette douleur est telle qu'elle rend la station debout impossible, et oblige la malade à s'allier immédiatement. En même temps, le facies s'altère rapidement : la malade est pâle, anxieuse, les traits sont tirés, la respiration est courte. Bientôt surviennent des nausées, puis des vomissements plus ou moins répétés ; enfin, hypothermies et syncopes. Le pouls est toujours petit souvent très rapide, atteignant 120-130 pulsations à la minute. La température est généralement normale ; cependant, dans le cas de Wertz (71), elle était de 38°2, et dans celui d'Holowko (59), elle s'éleva à 39°1.

Tels sont les symptômes généraux, extrêmement graves, qui toujours commandent l'intervention d'urgence. Il est d'ailleurs presque impossible d'examiner la malade, par

suite de l'intensité de la douleur et de la contracture musculaire.

Dans cette forme, la mort rapide est la règle (obs. de Küstner, Schutzenberger, Pick, Holst, etc.). Aussi l'intensité des symptômes commande l'intervention d'urgence.

## 2° Forme lente

Telle est la forme rapide ; nous allons voir maintenant la forme lente ; mais disons d'abord qu'entre ces deux extrêmes il existe toute une série de formes moyennes qui se distinguent de celle que nous venons d'étudier par l'intensité moindre des symptômes, et la tendance naturelle à la guérison. Ce sont toujours des crises douloureuses, mais dont la douleur n'a plus l'acuité considérable que nous avons vu. Aussi la prostration de la malade est bien moindre, la tendance aux syncopes moins prononcée ; les vomissements sont rares, la fièvre n'existe jamais. La crise, ainsi amoindrie, a une durée variable : de un ou deux jours à huit jours au plus. Au bout de cette période, la douleur diminue, les symptômes s'amendent et la malade revient rapidement à la santé. Mais ce qui caractérise surtout ces formes moyennes, c'est la répétition plus ou moins fréquente des crises : en effet, après un laps de temps assez variable, les mêmes accidents recommencent brusquement, avec la même évolution. C'est ainsi que,

dans une observation de Frommel (56), la malade fut sujette pendant dix mois à des crises intenses et répétées ; observation d'Holowko (59), crises depuis huit mois ; depuis six mois dans le cas de Wœrtz (71) et dans une observation de Johanowski (48). Mais ces longues durées sont l'exception : car l'acuité des crises oblige la malade à consulter et à se faire opérer.

Telle est la marche générale de la forme lente. Etudions maintenant de plus près la symptomatologie.

Le début en est lent et progressif ; il s'agit toujours d'une malade, ayant depuis fort longtemps une tumeur la gênant à peine, lorsqu'apparaissent les premiers symptômes douloureux. Remarquons ici que la malade nous dit toujours que, dans les derniers mois, la tumeur a augmenté plus vite ; cela tient évidemment aux troubles circulatoires dus à la torsion et à l'infiltration œdémateuse consécutive.

La douleur en est toujours le premier symptôme et sa caractéristique est d'apparaître constamment à l'époque des règles. Elle est généralement plus violente dans les quelques jours qui précèdent la menstruation, puis se calme à l'arrivée des règles. L'intensité de ces douleurs est extrêmement variable : tantôt peu violentes, c'est à peine si elles obligent la malade à s'aliter et ne s'accompagnent ni de nausées ni de syncopes. D'autres fois, au contraire, les douleurs deviennent beaucoup plus intenses et l'on assiste au tableau d'une violente crise douloureuse revenant à chaque époque menstruelle. Ce retour des douleurs à époque fixe est constant, même lorsque par le fait de la torsion les règles sont supprimées.

L'état de la menstruation est assez variable ; il dépend évidemment du degré de torsion. Lorsque celle-ci est serrée et qu'il n'y a plus de communication entre la cavité du corps et celle du col, les règles sont totalement supprimées. Lorsqu'au contraire la cavité cervicale est restée perméable, les règles ont lieu, accompagnées des phénomènes douloureux que nous venons de voir. Ce dernier ordre de faits est le plus fréquent ; les règles existent généralement, plus ou moins abondantes ; on mentionne même des métrorragies, lorsqu'un fibrome est en cause. La suppression totale des règles est beaucoup plus rare, et n'est signalée que dans un petit nombre d'observations (Meredith, Smith, Semmeling, J.-L. Faure). Dans ce dernier cas (79), la menstruation n'existait plus depuis quatre ans ; avec l'augmentation de volume du ventre due à la tumeur, on conçoit que l'on ait pu, au début, croire à un état de grossesse. M. J.-L. Faure a bien insisté sur ce point dans sa communication.

C'est dans ces cas d'atrésie complète du canal cervical, que l'on a signalé la rétention des règles dans la cavité du corps utérin. On trouve en effet parfois une hématométrie plus ou moins abondante, pouvant s'infecter secondairement et donner lieu à de la pyométrie.

Il nous reste à examiner un dernier ordre de symptômes, auquel on a voulu donner une grande importance : je veux parler des troubles vésicaux. Lœhleïn et Johanowski en particulier ont attiré l'attention sur eux, en faisant remarquer que la vessie, par ses adhérences avec la face antérieure de l'isthme utérin, est attirée par la torsion de l'utérus et que ses rapports sont ainsi changés. Ces troubles

urinaires commencent généralement par des envies fréquentes d'uriner, envies qui se répètent tantôt toutes les heures, tantôt beaucoup plus souvent. Parfois à cette pollakiurie se joignent des phénomènes de cystite et la miction devient douloureuse ; cependant la douleur n'est jamais très accusée. D'autrefois il s'agit de troubles de la miction, incontinence ou rétention d'urine. Cette dernière a été, dans quelques cas, tellement accentuée qu'elle a nécessité un cathétérisme longtemps répété.

Tels sont les symptômes urinaires que l'on rencontre le plus souvent et auxquels on a voulu attribuer une grande importance. Il nous semble cependant qu'ils n'ont rien que de très banal et que leur intérêt n'est pas considérable.

En effet, nous avons vu, au chapitre. « Anatomie pathologique, » que les changements de position de la vessie ont été rarement constatés ; et même dans l'observation de Goffe (28), où la vessie est attirée à droite, il n'existe aucun trouble vésical. De plus, dans tout fibrome ou tumeur du bassin comprimant la vessie, on a des troubles urinaires, On ne peut donc faire de ceux-ci un signe important de la torsion utérine.

De même une constipation opiniâtre peut être causée par la compression du rectum (Obs. de Pick, 20).

Si maintenant nous passons à l'examen de la malade, nous voyons que son ventre est rempli par une tumeur toujours assez volumineuse, remontant au moins jusqu'à l'ombilic, tantôt lisse et régulière, tantôt bosselée. La consistance en est le plus souvent rénitente, même lorsqu'il s'agit d'un fibrome, par suite de l'infiltration oedémateuse, résultat de la torsion. C'est ce qui rend parfois le diagnos-

tic de la tumeur assez délicat, et ce qui faisait dire à Stratz que la tumeur était trop dure pour être un kyste, trop molle pour être un fibrome. On constate assez souvent une certaine quantité d'ascite ; mais celle-ci est peu considérable et ce n'est généralement qu'à l'ouverture du ventre que l'on s'aperçoit de la présence du liquide. Cette ascite a tantôt la coloration jaune paille habituelle, tantôt une coloration beaucoup plus foncée, rougeâtre, brunâtre ; c'est une véritable ascite sanglante, comme dans les observations de Von Holst, Polak, Schultze, Stratz, etc.

Cet examen du ventre de la malade ne va pas sans provoquer une certaine douleur ; cet élément douleur est assez important, le fibrome étant habituellement indolore lorsqu'il ne s'accompagne pas d'annexite. D'ailleurs c'est la pression sur la tumeur elle-même qui est douloureuse et non pas l'examen des fosses iliaques. Cependant la tumeur — fibrome ou kyste de l'ovaire — sera tout aussi douloureuse à la pression si elle est simplement tordue sur son pédicule sans s'accompagner de torsion utérine.

Par le palper bimanuel, on sentira des masses variables selon qu'il s'agira d'un fibrome ou d'une tumeur annexielle ; la seule chose intéressante pour nous est l'examen de l'utérus. Or, sur ce point, toutes les observations sont muettes : il ne semble pas que l'on puisse sentir la torsion utérine par le toucher vaginal. C'est à peine si quelques auteurs mentionnent l'allongement du col, et presque tous disent que l'utérus, englobé par la tumeur, n'est pas senti.

Mentionnons encore un autre symptôme indiqué *a priori* par Johanowski, car il n'a jamais été constaté : c'est la posi-

tion des ovaires. Nous avons vu en effet que l'un des ovaires est généralement plus ou moins en avant, l'autre plus ou moins en arrière. Si donc, par le palper bimanuel, on sent les annexes à cette place anormale, on pourra admettre une torsion utérine.

Il nous reste enfin à voir les renseignements qui nous sont donnés par l'examen direct de l'utérus, c'est-à-dire par le cathétérisme. Là encore il y a lieu de distinguer. Si la torsion n'est pas serrée, le canal cervical sera toujours perméable et l'hystéromètre pénétrera jusqu'au fond de l'utérus. Si au contraire la torsion est serrée, la sonde ne pourra pas s'enfoncer profondément et indiquera ainsi l'occlusion du canal cervical. Telles sont les observations très nettes de Winter (hyst. 4 cm. 5) et de Mérédith (2 cm. 5). Mais, comme le fait remarquer Von Holst, il peut se produire le fait suivant : le col utérin étant allongé, l'hystéromètre peut donner une longueur normale de la cavité utérine ; d'où cause d'erreur, car l'instrument ne pénètre pas en réalité jusqu'au fond de l'utérus, étant arrêté au niveau du lieu de torsion. L'observation de Timmers (19) est à ce sujet très intéressante ; en effet, par l'hystérométrie, cet auteur trouva une longueur de 5 cm. 5 : or la cavité cervicale était complètement fermée ; ce qui montre l'allongement que peut atteindre le col.

Tels sont les symptômes dominants de la torsion de l'utérus par les tumeurs du bassin. Ils s'accompagnent en général de toute une série de symptômes d'ordre secondaire, tels que troubles digestifs, constipation parfois opiniâtre, et surtout douleur à la défécation.

L'évolution en est lente ; les symptômes douloureux

seuls deviennent parfois plus intenses et se manifestent sous forme de petites crises de durée variable (1), crises à répétition, revenant à intervalles plus ou moins rapprochés ; l'intervention devient alors nécessaire, soit par l'apparition d'une crise plus violente, soit par suite de quelque complication grave : gangrène, nécrose, infection de la tumeur.

Telle est la marche générale de la forme lente, la plus habituelle de la torsion utérine. Mais nous tenons à insister sur l'allure extrêmement variable de cette symptomatologie : depuis la forme rapide jusqu'à la forme pour ainsi dire inaperçue, véritable trouvaille opératoire, toutes les variétés intermédiaires peuvent se rencontrer, sous forme généralement de crises passagères dont la cause est attribuée à tout autres raisons. Comme le dit si excellemment Lejars : « Il y a des formes chroniques, lentes, imprévisibles ; des torsions ne s'accusent par aucune réaction frappante, elles restent méconnues et, sous leur influence, les tumeurs correspondantes se modifient, se tuméfient, s'infiltrant et le diagnostic en devient aisément erroné ».

### **Torsion utérine avec grossesse**

La présence d'un fœtus dans la cavité d'un utérus

---

1. C'est à ce propos que l'on a prononcé le mot de *détorsion*. La fin de la crise est-elle due à ce que l'utérus et la tumeur reprennent leur place normale ? Ce n'est qu'une simple hypothèse, mais qui, dans quelques observations, paraît assez plausible ; par exemple, dans celle de Richelot, où la malade dit expressément *qu'elle sentit quelque chose se déplacer* et cessa aussitôt de souffrir.

tordu donne naissance à quelques réflexions particulières. La crise douloureuse est en général très intense, et il s'agit toujours d'une forme rapide ou aiguë. De plus la gravité en est toujours beaucoup plus grande, aussi bien pour l'enfant que pour la mère. En effet, nous avons trouvé neuf observations de torsion utérine avec grossesse ; elles se décomposent ainsi :

1° Bourcart : fausse couche, puis myomectomie et guérison ;

2° Piccini : torsion subite, hysterectomie, fœtus de quatre mois, mort ;

3° Merkel : grossesse de cinq mois, ovariectomie ; le troisième jour avortement, le soir mort.

4° Lœhlein : grossesse de cinq mois, ovariectomie ; guérison ;

5° Thorn : grossesse de cinq mois, énucléation du myome, guérison ;

6° Reinprecht : grossesse de huit mois, césarienne, guérison, enfant vivant ;

7° Dickinson : grossesse de huit mois, accouchement prématuré, version, enfant mort ;

8° Ribemont-Dessaignes et Grosse : grossesse de quatre mois, énucléation du myome, guérison ;

9° Lepage et Mouchotte : grossesse de quatre mois, énucléation du myome, guérison.

Nous voyons donc que, du côté du fœtus, quatre fois seulement la grossesse continua ; du côté de la mère, il y eut au moins une mort, Piccini ne donnant pas le résultat post-opératoire.

## CHAPITRE VI

### Pronostic

---

D'après ce que nous venons de dire, nous voyons que le pronostic de la torsion utérine est très variable. Grave dans les formes brusques, grave encore dans le cas de grossesse coexistante, il est beaucoup plus bénin dans les formes lentes ; et cette affection ne menace la vie de la malade que par les complications qui peuvent survenir du côté de la tumeur. Il faudra donc intervenir immédiatement dans les formes aiguës et le plus tôt possible dans les formes lentes. L'intervention d'ailleurs n'acquiert pas en ce cas de gravité particulière et les morts qui ont été signalées sont presque toutes dues à des fautes opératoires.

## CHAPITRE VII

### Diagnostic

---

Diagnostiquer une torsion utérine est une chose assez délicate, et il est nécessaire d'examiner de fort près la malade pour arriver au diagnostic exact. En effet il n'y a pas un symptôme véritablement pathognomique de la torsion de l'utérus ; il n'y a qu'un ensemble de symptômes qui peuvent la faire soupçonner : ce sont les crises douloureuses au moment des règles, les troubles menstruels, les troubles vésicaux, le cathétérisme de l'utérus. Lorsque ce tableau clinique sera au complet, le diagnostic se fera aisément, aussi bien dans les formes aiguës que dans les formes lentes. C'est dans ces dernières surtout que l'on pourra plus aisément soupçonner la nature véritable de l'affection, car les symptômes sont plus nets et surtout les malades se laissent mieux examiner. Dans les formes aiguës, au contraire, on fera parfois le diagnostic d'appendicite ou de rupture tubaire, souvent celui de torsion pédiculaire d'un kyste de l'ovaire ou d'un fibrome ; le diagnostic exact ne se fera qu'en étudiant de très près les *symptômes utérins*. En résumé le diagnostic de la torsion utérine comprend deux points : 1° diagnostiquer la torsion, 2° diagnostiquer son siège.

## CHAPITRE VIII

### Traitement

---

La conclusion de tout ce que nous venons de voir est qu'une intervention s'impose, d'autant plus rapide que les phénomènes sont plus aigus. Une laparotomie sera donc faite ; mais la conduite variera suivant la tumeur en cause.

S'il s'agit d'une tumeur annexielle, le plus souvent kyste de l'ovaire, on se contentera de l'enlever, presque toujours sans difficultés. Quant à l'utérus il sera de préférence laissé en place, à moins que les lésions à son niveau ne semblent trop prononcées. Dans la plupart des observations, l'utérus fut simplement redressé ; ce redressement d'ailleurs s'effectua souvent spontanément, sous les yeux de l'opérateur, après ablation du kyste. Les malades revues plus tard avaient toutes leur utérus en bonne position ; le raccourcissement de l'isthme allongé se fait même très rapidement, témoin l'observation de Lœhlein, où six jours après l'opération l'utérus était redevenu normal.

Dans le cas de fibrome, l'hystérectomie supra-vaginale est l'opération la mieux indiquée. En effet, comme l'uté-

rus est parfaitement pédiculisé, elle est très facile et très rapide. Dans quelques rares cas, par suite d'adhérences ou de changements de rapports dus à la torsion, elle pourra être plus difficile ; il sera nécessaire alors de détordre l'utérus avant de poursuivre l'intervention.

Enfin s'il y a une grossesse coexistante, la myomectomie sera l'opération de choix ; dans les grossesses avancées, il pourra être nécessaire de pratiquer soit un accouchement prématuré, suivi ultérieurement d'hystérectomie, soit une césarienne.

## OBSERVATIONS

### OBSERVATION 1 (Virchow)

Pièce de l'Institut pathologique de Berlin. Femme de soixante-deux ans, ayant un myome volumineux, régulier, partant du fond de l'utérus. Celui-ci est très allongé et tordu une fois sur son axe, son isthme étant réduit à un mince pédicule. Le corps de l'utérus est gros et montre une association d'hydrométrie et de tuberculose. Tuberculose péritonéale. Allongement considérable des ligaments de l'ovaire. Pas de communication entre les cavités du col et du corps de l'utérus. Mort de pneumonie.

### OBSERVATION 2 (Küster)

Femme de trente-quatre ans, venue pour pertes abondantes et violentes douleurs dans le bas-ventre depuis huit jours ; mort subite le jour de son entrée à l'hôpital. A l'autopsie, myome volumineux de la grosseur d'une tête d'adulte. L'isthme était réduit à un pédicule gros comme le doigt et tordu deux fois et demi sur son axe. La cavité utérine était remplie de sang.

### OBSERVATION 3 (Düll)

Pièce de l'Institut anatomopathologique d'Erlangen. Femme de soixante ans, ayant une tumeur depuis vingt ans environ avant la mort. En 1852, petite hernie ombilicale qui augmenta malgré un bandage. Fréquentes crises de vomissements et de troubles digestifs incessants. En 1865, gangrène de la peau qui recouvrait la hernie ombilicale, finalement une grande partie de la tumeur, qui avait pénétré dans l'intérieur du sac herniaire, se trouva directement à l'extérieur. La malade mourut de fièvre hectique. A l'autopsie, on voit que la tumeur est faite par la réunion d'une douzaine de fibromes, dont le plus gros, du volume du poing, est interstitiel, et les autres gros comme une noix, sont sous-séreux. L'utérus s'est tordu sur son axe à tel point que le plus gros des noyaux, développé sur le côté droit de l'utérus, pénétra en avant dans l'intérieur de la hernie.

### OBSERVATION 4 (Schutzenberger)

Schutzenberger a observé, il y a de longues années, la torsion d'un utérus atteint d'une grosse tumeur fibreuse, mesurant environ 50 centimètres de diamètre. Cette femme avait éprouvé tout à coup, en se retournant dans son lit, une douleur extrêmement vive, avec prostration, pâleur, petitesse du pouls, lypothymie. A sa mort, survenue quelque temps après, on trouva que la matrice et le vagin avaient fait un tour entier sur eux-mêmes. Dans le fond de la matrice il y avait une congestion énorme et des suffusions sanguines sous-péritonéales.

OBSERVATION 5 (Schroeder)

J'ai observé dans un cas de laparotomie un myome volumineux qui faisait corps commun avec la matrice et qui avait fait plus d'un demi-tour sur son axe. Cette torsion avait amené une stase sanguine énorme dans la tumeur.

OBSERVATION 6 (Weinlechner)

S..., Josepha, quarante-quatre ans. Depuis deux ans et demi s'aperçoit d'une tumeur dans le bas-ventre. Dans ces derniers temps, menstruation très abondante. A l'examen, tumeur de la grosseur d'une tête d'adulte, mobile, à fluctuation peu nette. Dans le Douglas, tumeur du volume d'une orange.

*Laparotomie* le 21 mars 1885. — Par l'incision on sort la tumeur et l'utérus qui a été tordu de gauche à droite, de sorte que la trompe gauche se trouve à droite, et la trompe droite en arrière. Détorsion de l'utérus, hystérectomie.

Mort le sixième jour de péritonite.

OBSERVATION 7 (Skutch)

K..., quarante-quatre ans, bien réglée depuis l'âge de dix-sept ans; 7 grossesses, la dernière il y a un an. Depuis cinq ans, elle s'aperçoit de l'augmentation de volume de son ventre, depuis quatre ans, règles très abondantes avec nausées, vomissements. Depuis mars 1887 la tumeur s'accroît rapidement, s'accompagnant de douleurs et d'impossibilité de travailler.

*Examen.* — Tumeur volumineuse remplissant le ventre, de

consistance ferme. Col en avant, tumeur lisse, sphérique ; dans le cul-de-sac postérieur, sensation de tumeur ayant la forme de l'utérus rétro-fléchi. La tumeur est nettement séparée de l'utérus, mais on ne sent pas le pédicule unissant l'un à l'autre. Hystéromètre, 7 centimètres.

*Laparotomie* le 9 mai 1887. — Ouverture du ventre, pas d'adhérences. La tumeur est unie à la face antérieure de l'utérus par un pédicule court et large. Un tube de caoutchouc est serré sur ce pédicule, celui-ci sectionné et la tumeur enlevée. Alors seulement on s'aperçoit que la face qui se présentait en avant était la face postérieure. L'utérus reprit de lui-même sa place normale. Réunion. Guérison.

*Diagnostic histologique.* — Myome lymphangiectasique.

A la sortie, utérus mobile en antéversion normale.

#### OBSERVATION 8 (Siebers)

G. K..., cinquante-huit ans. Ménopause en 1882 ; en mai 1887, pertes abondantes qui ont reparu ces temps derniers. Douleurs en urinant et à la défécation. Hystéromètre, 15 cent. 5 ; utérus en rétro-flexion, ovaire gauche volumineux.

*Laparotomie.* — Adhérences de l'intestin et du mésentère à la tumeur. Destruction de ces adhérences ; on voit alors que l'ovaire volumineux est le droit et non le gauche. L'utérus et les annexes sont tordus de 180 degrés ; supra-vaginale.

Mort le sixième jour de péritonite.

#### OBSERVATIONS 9 et 10 (Meredith)

Présente deux gros fibromes tordus suivant leur axe, au point,

chez l'un d'eux, d'avoir déterminé l'occlusion du col et la rétention des menstrues.

1<sup>o</sup> Femme de trente-cinq ans; fibrome pédiculé en relation intime avec la face postérieure du fond de l'utérus. La tumeur avait tourné d'un grand demi-cercle de gauche à droite, si bien que c'était en réalité la face postérieure de la tumeur qui était en relation avec la paroi abdominale antérieure. L'utérus était tordu sur son axe, de telle sorte que l'ovaire gauche était à droite et vice-versa. Cette torsion semble d'origine récente, et il n'y a pas d'occlusion du canal cervical.

2<sup>o</sup> Femme de quarante-six ans; menstruation régulière, mais qui, depuis douze ans, augmente en abondance et en durée. Supprimée complètement en avril 1883; depuis cette époque crises douloureuses fréquentes, plus aiguës tous les mois. A l'examen, tumeur solide, volumineuse. Hystéromètre 2 cent. 5.

*Laparatomie.* — Tumeur adhérente à la paroi; la face antérieure de l'utérus regarde le côté droit de l'abdomen; isthme allongé; supravaginale. Guérison.

Il s'agit d'un fibrome dégénéré, du poids de 15 livres, situé à la partie antérieure d'un utérus volumineux et rempli de sang altéré. Trompe gauche allongée, dilatée, pleine de sang épais. La rétention était due à l'occlusion du canal cervical, causée par la rotation partielle de la tumeur.

#### OBSERVATION 11 (Küstner)

L. P..., quarante-deux ans, nullipare. A depuis quinze ans une tumeur du bas-ventre, qui, depuis sept ans, grossit peu à peu; en même temps les règles deviennent plus abondantes

et la malade souffre dans le ventre et les reins. A l'examen, on trouve un volumineux fibrome très mobile, qui paraît venir du fond de l'utérus.

*Laparatomie* 7 septembre 1890. — Quand la tumeur est sortie du ventre, on voit que, au-dessous de l'insertion des trompes, l'utérus s'est tordu en spirale de 180 degrés, de sorte que l'ovaire gauche se trouve en avant, le droit en arrière. Ablation de la tumeur, castration, traitement extra-péritonéal du pédicule. Guérison.

#### OBSERVATION 12 (Küstner)

D..., quatre grossesses normales ; s'aperçoit depuis un an que son ventre grossit. A l'examen, tumeur kystique, grosse comme une tête d'adulte, remontant presque jusqu'à l'ombilic, mobile. A l'examen bimanuel, on sent un pédicule pas très large, allant de la corne droite de l'utérus à la tumeur. Diagnostic : tumeur kystique venant des annexes droites.

*Laparatomie* 28 août 1890. — Il s'agit d'un kyste parovarien à long pédicule, tordu de gauche à droite. L'opérateur cherche alors l'insertion de la tumeur et les annexes de l'autre côté ; il ne trouve pas l'ovaire gauche à sa place habituelle. Ce ne fut qu'après l'ablation de la tumeur qu'il vit que l'ovaire sain était le droit, placé très loin en avant et à gauche, et que le pédicule venait du côté gauche de l'utérus ; celui-ci était par conséquent tordu de 180 degrés sur son axe. Guérison.

#### OBSERVATION 13 (Freund)

Femme de vingt et un ans, mal réglée, souffrant beaucoup

du ventre depuis quelque temps, en même temps que son ventre grossit peu à peu. A l'examen on trouve une tumeur solide remontant jusqu'à l'épigastre ; un peu d'ascite.

*Laparotomie.* — Adhérences épiploïques ; l'utérus est tordu de 180 degrés de gauche à droite, de telle sorte que l'ovaire et la trompe gauche normaux sont devant l'utérus, tandis que la tumeur, pourvue d'un court pédicule, se trouve en arrière et à gauche de l'utérus : c'est un très gros sarcome de l'ovaire droit. Guérison.

#### OBSERVATION 14 (Freund)

Papillome de l'ovaire gauche à pédicule très court, non tordu ; l'utérus, tordu de 90 degrés, se présente par son côté droit, avec l'ovaire droit en avant.

#### OBSERVATION 15 (Freund)

Gros kyste de l'ovaire droit à pédicule non tordu, avec adhérences péritonéales ; l'utérus était tordu une fois sur lui-même de 180 degrés.

#### OBSERVATION 16 (Freund)

Kyste tubo-ovarien très gros ; l'utérus a été repoussé par la tumeur en dedans et à gauche et tordu fortement sur son axe vertical.

#### OBSERVATION 17 (Freund)

Utérus tordu de 90 degrés à droite et en dedans par un très gros kyste ovarique.

OBSERVATION 18 (Bantock)

Femme de trente-six ans. Hystérectomie abdominale totale pour un fibromè utérin inséré sur le fond de l'utérus par un pédicule épais, tordu de droite à gauche ; l'utérus avait aussi décrit un demi-tour de telle sorte que l'ovaire droit était à gauche et l'ovaire gauche à droite. Guérison.

OBSERVATION 19 (Timmers)

Fille vierge, quarante-huit ans. Depuis un mois symptômes graves de collapsus et de péritonite généralisée. Ces symptômes s'amendent, mais la tumeur grossit rapidement. Menstruation régulière, supprimée depuis deux ans et demi. Miction et défécation normales. Hystéromètre, 5 cm. 1/2. A l'examen, tumeur peu fluctuante remontant à l'ombilic. Diagnostic : kyste de l'ovaire tordu.

*Laparotomie.* — On reconnaît qu'il s'agit d'un fibrome de l'utérus, avec torsion de celui-ci de 180 degrés de gauche à droite. L'isthme est très mince et très allongé. Supra-vaginale. Guérison.

Myome interstitiel, en partie gangrené ; le tissu de la tumeur est de consistance molle et infiltré d'un liquide séreux. La cavité cervicale n'est pas trouvée.

OBSERVATION 20 (Pick)

Femme de cinquante-six ans. Depuis un mois, fièvre légère avec violentes douleurs dans le ventre et constipation. Depuis

huit ans le ventre avait grossi ; toujours bien réglée jusqu'à quarante-six ans. Deux semaines avant son arrivée, elle était restée huit jours sans selles ; albuminurie. On sent une tumeur nette, fluctuante, sensible à la pression, dans la partie gauche du bas-ventre. Mort subite au milieu de la nuit. Le diagnostic avait été : néphrite chronique, pneumonie, kyste de l'ovaire.

*Autopsie.* — Tumeur blanc-bleuâtre, du volume d'une tête d'homme, c'est un fibrome sous-péritonéal à pédicule tordu de gauche à droite. On s'aperçoit alors que ce pédicule est l'utérus élongé, tordu de quatre fois 180 degrés. Autour de lui sont enroulés les ovaires et les trompes, infiltrés de sang. L'adhérence de la tumeur à plusieurs anses de l'intestin expliquait la constipation.

#### OBSERVATION 21 (Homans)

Femme de cinquante-deux ans. Tumeur datant de seize ans. Dans les derniers jours, douleurs intenses du ventre, avec symptômes de péritonite. Morte de pneumonie.

*Autopsie.* — Myome du fond de l'utérus, du poids de 6 livres. L'utérus est tordu d'un tour au niveau de la portion supra-vaginale. Aucune communication entre la cavité du corps et celle du col.

#### OBSERVATION 22 (Piccini)

Femme enceinte de quatre mois et qui avait un fibrome de 30 livres. Symptômes de torsion pédiculaire subite, avec douleurs du ventre, syncopes, tension énorme de la tumeur,

constipation. Diagnostic : myome utérin avec torsion du pédicule, probablement grossesse.

*Laparotomie.* — Tumeur énorme bleuâtre avec de gros vaisseaux à sa surface. La portion supra-vaginale du col forme un pédicule et est tordue d'un tour de spire de gauche à droite ; sur la moitié droite de la tumeur, on voit une vaste hémorragie sous-capsulaire. Les ovaires, fortement grossis, adhérents au péritoine pelvien, sont transformés en un sac plein de sang. Hystérectomie.

Dans la cavité utérine, fœtus de quatre mois dont le placenta est en partie détaché et ramolli.

#### OBSERVATION 23 (Imbert)

Madeleine B..., quarante ans, menstruation régulière ; deux grossesses normales. Il y a trois mois la malade commença à ressentir une légère douleur dans le flanc droit, elle ne s'en inquiéta pas tout d'abord et ne consulta que plusieurs semaines après un médecin qui l'engagea à se faire opérer. Au moment de son entrée, les douleurs ont disparu, ventre volumineux, tumeur presque médiane, s'élevant jusqu'à l'ombilic.

*Laparotomie* 7 septembre 1891. — Tumeur lisse, brun-gris du volume d'une tête d'adulte. A sa droite on trouve accolés la trompe et l'ovaire droit kystique. On remarque en outre que le pédicule, large de plusieurs centimètres est formé par l'utérus élongé et qu'il est contourné sur lui-même de gauche à droite d'environ 90 degrés. La tumeur est détordue, le pédicule sectionné entre deux pinces : ablation des annexes. Guérison.

OBSERVATION 24 (Jacobsen)

Femme de soixante-treize ans ; tumeur du ventre constatée depuis huit ans ; deux ans auparavant, douleurs violentes dans le ventre. Ces mêmes douleurs, beaucoup plus violentes, ont reparu quatre jours avant l'opération.

*Laparotomie.* — Tumeur ovarienne grosse comme la tête, dont le pédicule est tordu plusieurs fois. De plus l'utérus est tordu deux ou trois fois sur son axe ; là l'utérus était très mince et étranglé. La torsion s'était donc produite deux ans auparavant ; le kyste lui-même n'avait pas d'adhérences. Mort en vingt-quatre heures.

OBSERVATION 25 (Berlin)

Laparotomie pour grosse tumeur de l'ovaire développé rapidement et probablement sarcome kystique de l'ovaire gauche. La tumeur s'était dirigée successivement en arrière, puis à droite, entraînant le bord gauche de l'utérus, et faisant exécuter à ce dernier une rotation très nette de 180 degrés. Pendant la plus grande partie de l'opération, on croyait d'ailleurs qu'il s'agissait des annexes droites. La véritable disposition ne s'est reconnue que quand il s'est agi d'attaquer le ligament large. La tumeur était si intimement unie avec le bord gauche de l'utérus qu'il fallut pédiculiser en bloc la tumeur et l'utérus par un lien élastique. Guérison.

OBSERVATION 26 (Bourcart)

V..., vingt et un ans primipare ; vient consulter pour des douleurs dans le ventre depuis deux ou trois jours avec vomis-

sements, constipation. Enceinte de cinq mois ; jamais de métrorragies.

*Examen.* — Le côté droit du ventre est très douloureux ; on y sent une tumeur oblongue, dure, remontant jusqu'au niveau du foie ; son volume est celui d'un utérus contenant une grossesse de six mois. A gauche, deuxième tumeur arrondie, élastique, non douloureuse, remontant à deux travers de doigt de l'ombilic ; entre les deux tumeurs, sillon très net. Au toucher, col mou, légèrement entr'ouvert, refoulé à droite et en arrière.

*Diagnostic.* — Grossesse avec kyste de l'ovaire refoulant l'utérus à droite.

Fausse couche au bout de quatre jours, suivie de la disparition de la tumeur de *gauche*, antérieurement prise pour le kyste. La tumeur s'affaisse peu à peu en descendant dans le petit bassin et devient moins douloureuse.

Laparotomie quinze jours après la fausse couche. Adhérences nombreuses, mais faciles à détacher. Myome ovoïde, gros comme une tête d'adulte, partant du fond de l'utérus. Celui-ci est un peu incliné en arrière et tordu sur son axe, la face antérieure regardant à gauche. Cette face est saillante, molle ; c'est évidemment à ses dépens que l'utérus s'est développé pour contenir le fœtus. La trompe et l'ovaire droit sont couchés dans le cul-de-sac vésico-utérin et adhérents ; dans le Douglas se trouvent la trompe et l'ovaire gauches également adhérents, Ablation du myome et des annexes : suture de l'utérus en trois plans. Guérison.

A la sortie, utérus de volume moyen, en antéversion.

#### OBSERVATION 27 (Rud. von Holst)

W..., deux grossesses, une fausse couche. Menstruation

régulière ; depuis un an seulement, les règles deviennent abondantes, profuses et durent huit jours. En novembre 1893, brusques accidents aigus : vives douleurs abdominales, vomissements, etc. Au bout de quelques jours, ces phénomènes péritonéaux s'amendent ; mais le ventre reste très dur et toujours douloureux. A la palpation, on sent à droite une tumeur peu mobile, douloureuse, du volume d'une tête d'adulte. Utérus en rétroversion. L'hystéromètre indique une longueur normale de la cavité utérine. Diagnostic ; torsion du pédicule d'un kyste ovarique.

*Laparotomie* le 13 décembre 1893.—Après l'ouverture du ventre, il s'écoule une certaine quantité d'ascite sanguinolente, et l'on voit une tumeur rouge-sombre pseudo-fluctuante. Péritoine pelvien vascularisé, un peu dépoli, mais pas d'adhérences. On constate alors qu'il s'agit d'un fibrome de l'utérus gros comme une tête d'enfant, à base large et ayant fait subir à l'utérus un mouvement de rotation tel, que les annexes droites sont en avant et à gauche, les annexes gauches en arrière et à droite ; il y a donc une torsion de 120 degrés environ. Utérus allongé et aminci dans sa partie cervicale au niveau du lieu de torsion. Enucléation du myome, conservation des annexes et de l'utérus. Guérison.

#### OBSERVATION 28 (Riddle Goffe)

Femme de quarante-cinq ans. Aucun antécédent. *Laparotomie* pour myome interstitiel né du fond de l'utérus et se présentant par sa face postérieure. Les deux trompes et les deux ovaires se trouvent à la gauche de l'utérus. Torsion de 180 degrés. La vessie se trouve attirée à droite et en arrière (ce qui ne

fut manifesté par aucun sytôme). Hystérectomie supra-vaginale. Guérison.

#### OBSERVATION 29 (Lœhleïn)

Femme de trente-deux ans ; quatre grossesses ; la dernière en mai 1893. Six semaines après, douleurs dans le bas-ventre, d'abord à droite, puis à gauche. En décembre 1893, pendant une semaine, douleurs en urinant.

*Laparotomie* le 12 avril 1894. — Kyste de l'ovaire droit avec pédicule tordu une fois. L'utérus lui-même est tordu sur son axe, de telle sorte que sa corne droite est à gauche et en avant, sa corne gauche à droite et en arrière.

#### OBSERVATION 30 (Lœhleïn)

Femme de vingt-cinq ans. Remarque depuis deux ans et demi une augmentation de volume de son ventre. Aussitôt après la dernière grossesse, en octobre 1893, la tumeur devint douloureuse et, en même temps, émissions d'urine fréquentes et pénibles. A l'examen on trouve une tumeur du ventre volumineuse, avec fluctuation très nette, utérus rétrofléchi ; pédicule allant de la corne droite de l'utérus à la tumeur.

*Opération* le 14 janvier 1894. — On trouve une tumeur ovarienne, avec un pédicule tordu trois fois sur lui-même. De plus le corps de l'utérus a subi une rotation de 180 degrés.

#### OBSERVATION 31 (Switalski)

Kyste de l'ovaire droit gros comme une tête d'adulte, tordu

de 360 degrés. De plus la moitié supérieure de l'utérus avait suivi la torsion; cet organe était cyanosé et un volumineux hématome s'était produit dans le ligament large droit, de sorte que l'opérateur fut contraint de faire l'amputation supra-vaginale de l'utérus. Mort de péritonite le troisième jour.

#### OBSERVATIONS 32, 33, 34 (Küstner)

Küstner dit que, depuis sa publication de 1890, il observa encore une fois une torsion par myome, et deux fois par tumeur ovarienne.

#### OBSERVATION 35 (Loehlein)

F..., quarante-deux ans, dernières règles en octobre 1896; elles apparurent à la suite d'un effort et se manifestèrent sous la forme d'une abondante perte de sang. Douleurs dans le bas-ventre. Depuis trois semaines, envies fréquentes d'uriner; une fois ischurie, cathétérisme nécessaire.

*Examen* le 8 février. — Col gros, mobile, considérablement allongé, un peu en avant et à droite. Corps utérin de la grosseur d'une tête d'enfant, rétrofléchi et presque en entier dans le petit bassin. Au-dessus de lui et à droite, on sent une tumeur grosse comme une tête d'adulte et de consistance kystique. On diagnostique utérus gravide (5 mois), rétrofléchi avec elongation du col et kyste de l'ovaire droit.

*Laparotomie* le 10 février 1897. — On trouve un kyste non adhérent de l'ovaire gauche, avec un assez long pédicule. La corne gauche de l'utérus était dirigée vers la droite et en avant, de telle sorte qu'il y avait une torsion dans la portion supra-vaginale de 130-140 degrés. Après ablation de la tumeur, le

corps utérin fut facilement redressé. L'ovaire droit, normal, situé profondément dans la concavité du sacrum, revient alors à sa place normale ainsi que le moignon des annexes gauches. A la sortie, utérus en place ; la grossesse continue ; six jours après l'opération, le col n'était déjà presque plus allongé.

La torsion s'est faite au moment de l'effort — travail de jardin, — accompagnée de pertes, sans aucun doute menace d'avortement.

#### OBSERVATION 36 (Cienchanowski)

Autopsie d'une femme de cinquante deux ans. Pendant la vie le toucher bimanuel n'avait rien donné, à cause d'une ascite énorme et de la situation élevée de l'utérus. L'examen clinique n'avait indiqué aucun trouble urinaire. Le diagnostic était cancer des deux ovaires, avec métastase dans le péritoine et le foie.

*Autopsie.* — Les deux ovaires sont à peu près gros comme un poing. Tous deux ont un pédicule un peu long et épais, formé par la trompe et les ligaments propres de l'ovaire. L'ovaire gauche, cancéreux, est adhérent au bord inférieur de l'épiploon et à l'intestin grêle, de sorte qu'entre lui et les vertèbres se trouve une sorte de fenêtre, à travers laquelle a passé l'ovaire droit, qui a décrit ensuite un demi-cercle pour revenir à sa place primitive. De même, enroulement de l'ovaire gauche à droite et en haut. D'où torsion de l'utérus de presque 180 degrés ; sa face antérieure est à gauche et en arrière, sa face postérieure à droite et en avant. Le col utérin était allongé du double. Les rapports avec la vessie et le rectum étaient normaux.

#### OBSERVATION 37 (Demantké)

M<sup>me</sup> C... trente-huit ans. Toujours bien portante, réglée à

treize ans, menstruation normale ; deux grossesses, pas de fausse couche. Apparition de douleurs abdominales en juin 1896, au moment d'une période menstruelle ; arrêt subit des règles, puis le lendemain ménorragie. Trois semaines après, crise douloureuse, Son ventre grossit peu à peu ; aussi la malade vient consulter à l'hôpital.

*Examen.* — Grosse tumeur remontant jusqu'à l'ombilic, effleurant sur les côtés les crêtes iliaques. Régulière dans son ensemble, elle n'est pas fluctuante, mais présente un certain degré d'élasticité. Col refoulé dans le cul-de-sac latéral droit, le gauche est rempli par une masse dure se continuant avec la tumeur abdominale. Pas de gêne de la miction ; cathétérisme utérin 16 centimètres.

*Opération* le 26 janvier 1897. — Laparotomie ; le ligament large gauche recouvre la tumeur, mais il n'y a pas d'enclavement intra-ligamentaire, il s'agit d'une simple torsion du fibrome de gauche à droite. Amputation supra-vaginale par le procédé d'Olhansen. Suites normales.

Poids du fibrome, 1770 grammes. Formé par une seule masse autour de laquelle le tissu utérin s'est hypertrophié. Cavité utérine très large, développée dans le segment gauche de la tumeur.

### OBSERVATION 38 (Wilson)

Femme de cinquante-cinq ans, dont l'abdomen grossit progressivement depuis quatre ans. Depuis deux ans, fréquentes crises de douleurs avec vomissements. On trouve à l'examen une tumeur du ventre à surface lisse, fluctuante ; hystéromètre 6 cm. 5.

*Laparotomie.* — Un peu d'ascite ; on tombe sur une tumeur bleu pourpre, adhérente au péritoine antérieure. C'est un kyste multiloculaire de l'ovaire gauche, du poids de 5 livres, et maintenu par un pédicule tordu gros comme le pouce et long de 6 centimètres. La partie inférieure du kyste était adhérente au fond de l'utérus, à l'ovaire droit, à la trompe, au ligament large, le tout tordu. Le kyste avait une adhérence large et épaisse avec le côté gauche de l'utérus et celui-ci était tordu de droite à gauche. Les deux trompes étaient fermées et adhérentes ; la droite formait un hydrosalpinx ; la gauche avait 9 pouces de long. Guérison.

#### OBSERVATION 39 (Frænkel)

Accidents de torsion pédiculaire survenus quatre semaines après un accouchement. A l'ouverture du ventre on trouve un kyste ovarien dont le pédicule est tordu de 270 degrés, l'utérus lui-même est tordu de 90 degrés.

#### OBSERVATION 40 (Polak)

Femme de cinquante ans. Sa maladie commença il y a six ans par des douleurs dans le bas-ventre et les reins, avec vomissements et ictère. A cette époque, elle sentait une résistance ferme dans le bas-ventre. Au bout de six semaines, cessation des douleurs. Depuis un an, douleurs considérables, surtout au moment des règles, lesquelles sont abondantes et irrégulières. En avril 1897, nouvelles douleurs avec vomissements et constipation. Etat actuel : femme à teint jaunâtre, ictère, ventre globuleux. La tumeur qui remonte presque jus-

qu'au rebord costal est dure, solide, à surface lisse. Au toucher, col à gauche et en arrière ; dans les culs-de-sac bosselures grosses comme des noix ; l'utérus n'est pas senti, cathétérisme 8 centimètres.

*Opération* le 3 décembre 1907. — Ascite ; tumeur gris-bleuâtre. On constate qu'il s'agit d'un fibrome du corps utérin ayant causé une torsion de l'utérus ainsi que des annexes. Torsion de deux tours et demi de gauche à droite dans la portion sus-vaginale. Le ligament large est allongé, œdématié dans sa portion tordue, épais de deux doigts. Adhérences épiploïques. Doyen.

La cavité utérine a bien 8 centimètres.

#### OBSERVATION 41 (Polak)

Femme de quarante-sept ans, entrée le 23 février 1897. Malade depuis un mois, où de violentes douleurs apparurent tout à coup dans le bas-ventre ; ces douleurs diminuèrent peu à peu et finirent par disparaître ; mais elles sont revenues il y a une semaine. Aucune douleur en urinant ou à la défécation. A l'examen, tumeur ovalaire située dans la moitié inférieure du bas-ventre et à droite. La tumeur est peu mobile, de consistance élastique et fluctuante. Par le palper bimanuel, on ne sent pas le fond de l'utérus. Au côté gauche de la tumeur on sent un pédicule tordu gros comme le doigt.

*Laparotomie* 19 mars 1897. — Ascite hémorragique. Tumeur bleu-gris ; on la ponctionne, mais rien ne sort. Adhérences nombreuses à l'intestin et à l'épiploon. A travers ces adhérences, on arrive sur la partie inférieure, où l'on voit un mince pédicule, de chaque côté duquel partent les ligaments larges. A

travers ces différentes parties, on sent le vagin tamponné à l'iodoforme. De celui-ci part le pédicule gros comme le doigt, qui se dirige vers le haut. Selon toute apparence, c'est le col utérin tordu sur son axe; supra-vaginale.

Il s'agit d'un fibrome utérin de 3.100 grammes. La paroi utérine est infiltrée de sang et épaissie. La tumeur naît de la face antérieure et du fond de l'utérus. La torsion est de 180 degrés allant de gauche à droite, de sorte que la corne gauche était à droite et en avant. Rien dans la cavité utérine.

#### OBSERVATION 42 (Schultze)

L. S..., vingt-cinq ans, de bonne santé jusqu'en octobre 1888, époque à laquelle elle s'aperçoit de l'augmentation de volume de son ventre. Depuis avril 1889, le ventre devient douloureux et très sensible à la pression. Pas de douleurs en urinant.

*Examen* le 8 mai 1889. — Grosse tumeur libre et mobile dans l'abdomen; fluctuation peu nette. Sous le chloroforme on sent facilement que la tumeur vient des annexes droites. Utérus gros, antéfléchi; à gauche de l'utérus, l'autre ovaire un peu gros.

*Laparotomie* le 24 mai. — Pas d'adhérences; 4 litres de liquide brun; kyste multiloculaire, avec torsion de son pédicule de quatre tours et demi. On voit alors que la tumeur naît des annexes gauches et que l'utérus est tordu de 180 degrés. L'autre ovaire est sain. Guérison.

OBSERVATION 43 (Schulze)

V. T..., vingt-sept ans. Réglée à treize ans normalement. A dix-huit ans, les règles deviennent douloureuses, puis très abondantes; douleurs en urinant, surtout à l'époque des règles. Une tumeur fut diagnostiquée par un médecin il y a six ans.

*Examen sous chloroforme* le 24 mai 1894. — Tumeur allant de la symphyse à l'ombilic, dure et inégale, mobile et non douloureuse. Utérus antéfléchi, un peu gros; la tumeur part du fond de l'utérus, presque en son milieu. Les annexes gauches ne sont pas senties, les droites sont un peu grosses.

*Laparotomie* le 5 juin. — La tumeur sortie du ventre est vue implantée sur le fond de l'utérus; elle est sectionnée et la plaie suturée par deux plans de catgut. Alors on voit que l'utérus est tordu de 180 degrés, de sorte que sa paroi postérieure est en avant et fortement bombée; elle est incisée et l'on enlève un myome interstitiel. Les ovaires sont maintenant à leur place, de chaque côté de l'utérus. Guérison.

OBSERVATION 44 (Schultze)

W... L., quarante-sept ans, une fausse couche. En 1890, violentes douleurs du ventre qui reparaissent en 1894.

*Examen* le 27 août 1894. — Tumeur kystique.

*Laparotomie* le 7 septembre. — Après ouverture du ventre, on cherche avec la main l'insertion de la tumeur. On ne trouve pas les annexes gauches, tandis qu'à droite on sent un pédicule mince et tordu.

Ponction de la tumeur qui laisse écouler un liquide brun-foncé. Adhérences de l'épiploon. Après ligature et section du pédicule tordu du kyste, on voit que l'utérus est tordu de 180 degrés et que la tumeur vient des annexes gauches. Guérison.

OBSERVATION 45 (Schultze)

F..., quarante-trois ans, trois grossesses, la dernière en mars 1894. Aussitôt après l'accouchement, la malade sent une tumeur dure dans son bas-ventre. Depuis six mois, accroissement plus rapide, douleurs violentes en urinant. A l'examen, gros kystique ovarique, utérus rétrofléchi.

*Laparotomie* le 13 juillet 1897. — Adhérences au péritoine pariétal, ponction de la tumeur qui laisse écouler un liquide visqueux. La tumeur naît de l'ovaire droit par un pédicule tordu de 180 degrés et se détord spontanément après ablation de la tumeur. L'ovaire gauche, un peu gros, est enlevé ; l'utérus est laissé en place. Guérison.

OBSERVATION 46 (Schultze)

S. R..., cinquante-huit ans. Depuis vingt-huit ans a remarqué une tumeur dans son ventre. Depuis septembre 1896, douleurs violentes à gauche, en même temps douleurs en urinant et à la défécation ; incontinence d'urine se produisant surtout la nuit. A l'examen, tumeur ferme, lisse, remontant jusqu'à l'ombilic, à fluctuation peu nette.

*Laparotomie* le 23 octobre 1897. — La main plongée dans le bassin, sent un pédicule tordu et mince. La tumeur est alors

sortie du ventre et l'on voit facilement qu'elle est, avec le corps de l'utérus, fortement tordue sur son axe. Elle est tournée de droite à gauche de quatre demi-tours, de sorte que les annexes gauches restent à gauche, les droites à droite. La tumeur et l'utérus avaient décrit deux cercles entiers, et les trompes et les ligaments ronds s'étaient enroulés autour du col. La vessie n'avait pas suivi la torsion, mais remontait au-dessus de la symphyse de deux travers de doigt. Amputation supra-vaginale. Guérison.

La tumeur est un fibrome de tissu compact ; dans sa base plus large, se trouve une grande cavité irrégulière, limitée par du tissu ramolli en voie de sphacèle et contenant un liquide roussâtre.

#### OBSERVATION 47 (Kelly)

L'auteur, dans son ouvrage, figure un cas de torsion d'utérus fibromateux ; torsion allant de gauche à droite. Guérison.

#### OBSERVATION 48 (Johanowski)

J. H..., trente-cinq ans, bien réglée. Depuis six mois, remarque une tumeur dans le ventre ; en même temps, douleurs extrêmement violentes et fréquentes envies d'uriner ; dans ces derniers temps, rétention d'urine, si bien que la malade est obligée de se faire cathétériser.

*Examen.* — Tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant, de consistance élastique, remontant à trois doigts au-dessus de la symphyse ; tumeur non séparable de l'utérus. Dans le Douglas, masse grosse comme une orange. Diagnostic : utérus rétrofléchi avec fibrome antérieur.

*Laparotomie* le 28 juin 1898. — On trouve en effet un myome de la portion cervicale. La vessie adhérente à la face antérieure de la tumeur était attirée fortement à gauche. La position des ovaires fit voir une torsion du fond de l'utérus. En effet, l'ovaire droit était en arrière et le gauche en avant ; donc torsion de 30 degrés. Amputation supra-vaginale.

#### OBSERVATION 49 (Johanowski)

Femme de trente-huit ans ; depuis trois ans remarque unegros-  
seur dans son ventre. Dans ces derniers temps, elle est prise  
de douleurs violentes dans le bas-ventre avec élancements, nau-  
sées, vomissements, envies fréquentes d'uriner. A l'examen, on  
trouve un kyste gros comme une petite tête d'enfant et remonté  
dans le ventre. Diagnostic : kyste ovarique à long pédicule.

*Laparotomie* le 8 juin 1898. — On trouve un kyste de l'o-  
vaire gauche ; le pédicule, long, présente une torsion de deux  
tours vers la gauche. De plus, l'utérus est tordu de 90 degrés  
dans le même sens, de sorte que les annexes droites étaient en  
avant. Ablation du kyste : guérison.

#### OBSERVATION 50 (Johanowski)

B., S..., cinquante-quatre ans. Depuis un an, a des douleurs  
violentes dans le bas-ventre avec pertes abondantes. A l'examen  
on trouve deux tumeurs, l'une, grosse comme une tête d'en-  
fant, est un fibrome utérin qui remonte jusqu'à l'ombilic ; la  
deuxième, grosse comme une orange, se sent par le vagin et le  
rectum dans le bassin.

*Laparotomie* le 1<sup>er</sup> juin 1898. — L'utérus myomateux se présente avec une torsion de 90 degrés vers la droite, de sorte que l'ovaire gauche est en avant, le droit en arrière. La tumeur postérieure est un myome sous-séreux, qui présente un pédicule court, large, tordu aussi vers la droite. Ablation de l'utérus. Guérison.

#### OBSERVATION 51 (Johanowski)

Femme de cinquante et un an. Depuis quatre ou cinq ans a remarqué une grosseur dans son ventre. Dans ces derniers temps, cette tumeur lui cause des douleurs assez violentes, l'empêchant de travailler. A l'examen, on trouve une tumeur grosse comme une tête d'adulte, de consistance élastique, de forme irrégulière, remontant jusqu'à deux ou trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Diagnostic : gros myome interstitiel.

*Laparotomie.* — On voit que la tumeur a attiré le col utérin, lequel représente un pédicule long de 6 centimètres et tordu plusieurs fois sur lui-même. Détorsion de la tumeur, ligature des ligaments larges, puis de l'isthme utérin ; ablation de la tumeur. Guérison.

On ne trouve pas sur la pièce de cavité cervicale au niveau du lieu de torsion ; hémorragie intense dans la tumeur et les annexes.

#### OBSERVATION 52 (Küstner)

Femme de soixante ans ; depuis un an remarque que son ventre devient plus dur. Elle urine difficilement, mais sans dou-

leurs. Grosse tumeur polykystique. Utérus petit, antéfléchi, pressé contre la symphyse.

*Laparotomie* le 7 décembre 1897. — On trouve l'ovaire droit immédiatement au-dessus de la symphyse, à gauche et en avant de l'utérus. La trompe gauche est à droite et en arrière. La tumeur, née de l'ovaire gauche par un pédicule très court, monte vers la partie droite du bassin. Pas d'adhérences ; ponction, puis ablation de la tumeur. Pendant ce temps, l'utérus se détord spontanément et les annexes reviennent à leur place. La torsion était d'environ 130 degrés.

#### OBSERVATION 53 (Kreutzmann)

Femme de trente-six ans. Depuis un an, elle remarque que son ventre augmente lentement de volume. Son médecin porte le diagnostic de kyste de l'ovaire. A l'examen, tumeur volumineuse de la partie droite du ventre, dont la fluctuation n'est pas très nette. Utérus à sa place normale, un peu gros ; on sent plus loin la tumeur, immédiatement accolée à l'utérus.

A l'opération, on trouve un gros kyste de l'ovaire, sans adhérences. Venant de l'ovaire gauche, il s'était porté à droite du ventre, en tordant l'utérus sur son axe. Fibromes multiples de l'utérus. Ablation du kyste et de l'utérus. Guérison.

#### OBSERVATION 54 (Smith)

Femme de trente-six ans, ayant depuis plus de huit ans une masse dans le ventre. Elle ne lui causait que peu ou pas de gêne jusqu'à ces deux dernières années, où la tumeur devint douloureuse à la palpation. Les règles ont cessé depuis

dix-huit mois. A l'examen, masse ayant la grosseur d'un utérus de sept mois, mobile, ne plongeant pas dans le bassin.

Hystéromètre, 5 centimètres.

*Laparotomie.* — La tumeur est facilement extraite de l'abdomen, et en tirant sur elle pour voir le pédicule, S... fut étonné de voir les ovaires et les trompes sortir avec lui. Le pédicule était tordu lâchement. Suture sur le pédicule et ablation de la tumeur ; guérison.

Il s'agit d'un gros fibrome venu du fond de l'utérus ; une amputation s'était faite antérieurement, à la jonction de la portion supra-vaginale du col et du corps de l'utérus ; là le pédicule était transparent, et ne contenait aucun tissu utérin. Dans la cavité utérine, aucune accumulation de liquide ; les trompes sont hypertrophiées et allongées.

#### OBSERVATION 55 (Toth).

Femme de cinquante-deux ans ; augmentation de volume du ventre depuis quatre ans ; marche plus rapide depuis sept mois. Nausées fréquentes, vomissements, dyspnée. Tumeur élastique, lobulée, allant jusqu'à l'ombilic ; comme l'utérus est en relation directe avec la tumeur, on porte le diagnostic de fibrome kystique.

*Laparotomie.* — Ecoulement de 700-800 grammes d'ascite ; adhérences épiploïques et intestinales. Fibrome venant du fond de l'utérus. Celui-ci présente une torsion de 180 degrés dans sa portion cervicale amincie. Extirpation de tout l'utérus ; réunion. Guérison.

OBSERVATION 56 (Frommel).

Femme de trente-deux ans ; depuis deux ans, augmentation du volume du ventre. Depuis dix mois, la malade eut à quatre reprises des douleurs violentes dans le bas-ventre, de plus en plus intenses. A l'examen, tumeur allant jusqu'à l'ombilic et plongeant dans le petit bassin. Utérus un peu gros, du fond duquel semble naître la tumeur par un pédicule gros comme le doigt.

*Opération* le 2 octobre 1883. — Après ouverture du ventre, il s'écoule une petite quantité de liquide ascitique clair. Le myome naît de la partie gauche du fond de l'utérus ; celui-ci est tordu de telle sorte que l'ovaire gauche est à droite et en arrière, l'ovaire droit à gauche et en avant. Ablation de la tumeur par la méthode de Schröder. Guérison.

OBSERVATION 57 (Frommel).

Femme de quarante ans, remarque depuis quatre ans une augmentation de volume de son ventre, plus rapide depuis un an. A l'examen, tumeur énorme de l'abdomen, franchement fluctuante. Utérus petit ; de sa corne droite, on sent un pédicule large allant à la tumeur.

*Opération* le 19 mars 1883. — Adhérences épiploïques, liées et sectionnées. Ponction de la tumeur qui laisse écouler 25-30 litres d'un liquide brun-noir. L'utérus se laisse alors facilement attirer hors du ventre, et l'on voit que ce n'est pas une tumeur des ovaires, qui sont sains, mais du fond de l'utérus. Il y a un myome gros comme une tête d'enfant, placé au-dessous de

cet énorme kyste. L'isthme de l'utérus est tordu sur son axe, de telle sorte que l'ovaire gauche est en avant, le droit en arrière. L'extirpation du myome fut faite d'après la méthode de Schröder, de sorte que la plus grande partie de l'utérus et les deux ovaires furent laissés. Guérison.

#### OBSERVATION 58 (Wertheim)

Femme, cinquante-huit ans, douleurs violentes dans le bas-ventre, ayant commencé tout-à-coup la nuit précédente à la suite d'un travail intense. Elle avait déjà eu souvent de semblables crises, mais de durée et d'intensité moindres. Elle avait remarqué depuis cinq ans un accroissement de son ventre, rempli par une tumeur de la grosseur d'une tête d'adulte, de consistance dure, à surface bosselée, mobile latéralement. La palpation bimanuelle est très difficile à cause de la douleur. On sent dans le Douglas des masses grosses et molles.

*Laparotomie.* — Tumeur bleu-rouge sombre, un peu d'ascite. La tumeur est implantée par un pédicule court et épais sur le fond de l'utérus, près de la corne droite. Le corps utérin est gros comme le poing, rouge-sombre, mou. Les annexes sont volumineuses, bleues, formant une tumeur molle, les ligaments larges sont infiltrés de sang ; les ligaments ronds sont enroulés autour du col utérin, étranglant l'isthme. La torsion est de gauche à droite et de 3 fois 180 degrés ; le col est extraordinairement long et gros comme un crayon. L'ablation de la tumeur fut très facile, la striction l'ayant déjà presque faite.

OBSERVATION 59 (Hollowko)

Le 12 septembre 1896, je vois une femme qui se plaint de douleurs considérables dans le ventre ; ces douleurs durent déjà depuis quelque temps et ont toujours la même intensité. Agée de trente ans, bien réglée, cette malade était déjà venue me voir trois ans auparavant, parce qu'elle n'avait pas encore eu d'enfants. Je constatais à cette époque un fibrome du fond de l'utérus. Depuis cette date, la malade eut une fausse couche et une grossesse normale qui eut lieu en février 1896. Mais aussitôt après celle-ci, la malade ressentit des douleurs violentes dans tout le ventre, si bien qu'elle dut garder le lit. En même temps la patiente remarquait que son ventre devenait plus dur et grossissait rapidement. Fonctions urinaire et intestinale normales. Après la grossesse, les règles n'eurent lieu qu'une fois en quatre mois. Pouls 120 ; température 39°1. A la palpation, l'abdomen est dur, très augmenté de volume, rempli en entier par une tumeur rénitente. Utérus non séparable de la tumeur ; les ovaires ne sont pas sentis. Comme j'avais constaté un fibrome trois ans auparavant, je ne pouvais pas avoir un diagnostic certain ; je pensais néanmoins à la torsion d'une tumeur ovarique.

*Laparotomie* le 23 septembre 1896. — On trouve une tumeur adhérente à l'épiploon et au côlon transverse. En détachant ces adhérences, la tumeur se rompt en deux endroits et par ces orifices s'écoule un liquide muqueux sanguinolent. Ligature et section des adhérences. La tumeur une fois sortie du ventre, on voit qu'elle tient au fond de l'utérus par un pédicule large et que l'utérus est tordu sur son axe de droite à gauche de

360 degrés. Hystérectomie supra-vaginale ; guérison entravée par une pneumonie.

#### OBSERVATION 60 (Winter)

S..., quarante-quatre ans ; depuis deux ans, augmentation de volume du ventre, fatigue rapide et douleurs dans le bas-ventre. Envies fréquentes d'uriner, avec incontinence d'urine. A la palpation, on trouve une tumeur volumineuse de la partie droite de l'abdomen, arrondie, régulière, nettement fluctuante. Elle semble en rapport avec l'utérus, dans lequel l'hystéromètre ne pénètre que de 1 cm. 5.

*Laparotomie.* — Kyste de l'ovaire, situé dans la fosse iliaque droite, adhérent à l'épiploon, au cæcum, et à l'appendice. La ponction de la tumeur laisse écouler 2 litres d'un liquide brun-chocolat. Le pédicule, épais, long de 4 à 5 centimètres, vient de l'ovaire gauche et n'est pas tordu. Mais l'utérus présente une torsion telle, que son diamètre transverse est devenu antéro-postérieur ; la corne gauche, située en arrière, est fortement allongée et tendue par la tumeur. L'autre ovaire est microkystique. Ablation des deux ovaires, résection de l'appendice. Réunion. Mort douze heures après.

#### OBSERVATION 61 (Switalski)

Femme, trente-cinq ans, s'aperçoit depuis deux mois de l'augmentation de volume de son ventre. Symptômes de torsion pédiculaire.

*Laparotomie.* — Tumeur grosse comme une tête d'adulte,

adhérente à la paroi, à l'intestin et à l'épiploon. Annexes gauches normales, mais placées en arrière. Ablation de la tumeur et de l'utérus qui présente de la gangrène par compression. Mort de péritonite trois jours après.

#### OBSERVATION 62 (Micholitch)

Cinquante-huit ans ; tumeur abominale existant depuis quelque temps ; dans ces derniers temps. douleurs considérables avec symptômes d'étranglement intestinal.

*Laparotomie.* — Myome sous-séreux, rouge-sombre, qui part du fond de l'utérus, au voisinage de la corne droite. Le pédicule est formé par la portion supra-vaginale du col, allongée et amincie, et présente une torsion d'un tour et demi de gauche à droite. Hystérectomie.

Myome utérin de la grosseur d'une tête d'adulte, avec de nombreuses hémorragies, kystique, nécrosé et en partie calcifié ; cavité cervicale presque disparue.

#### OBSERVATION 63 (Bland Sutton)

Femme de cinquante-cinq ans, se plaignant de douleurs dans le bas-ventre. Signes classiques de fibromes.

*Laparotomie.* — Utérus myomateux ; l'ovaire et la trompe gauches sont au-dessous du promontoire sacré, les annexes droites derrière la symphyse. L'utérus est tordu d'un demi-tour de droite à gauche. Hystérectomie.

#### OBSERVATION 64 (Ehrendorfer)

H. M..., trente-six ans ; depuis dix mois troubles urinaires ;

le matin, rétention, d'urine; dans la journée, urine souvent. Au bout de cinq mois, elle ne peut plus uriner du tout et va trouver un médecin qui la cathétérise. Bientôt apparurent des douleurs intenses dans le ventre, et celui-ci augmenta rapidement de volume. A l'examen, dans la partie droite du ventre, tumeur irrégulière, remontant jusqu'à l'ombilic, pas très douloureuse à la pression, assez mobile. Par le vagin, on sent une partie de la tumeur, remplissant le cul-de-sac postérieur.

*Laparotomie* le 18 novembre 1897. — On voit une tumeur élastique, rouge-sonibre, implantée à gauche sur la face antérieure de l'utérus. Celui-ci est tordu de 180 degrés au niveau de son col allongé; la vessie est élevée et refoulée vers la droite. Après destruction facile d'adhérences intestinales, la tumeur sort du petit bassin après des tractions vigoureuses; elle est alors enlevée en masse avec l'utérus, après ligature élastique au-dessus du col. Guérison.

#### OBSERVATION 65 (Merkel)

Femme de trente-huit ans, enceinte de cinq mois. Phénomènes péritonéaux, dus à la torsion aiguë du pédicule d'une tumeur ovarienne gauche; dysurie, ischurie.

*Laparotomie.* — Ponction de la tumeur solidement enclavée; le pédicule est tordu une fois et demie de gauche à droite. Ablation de la tumeur; l'utérus se détord spontanément de gauche à droite de 180 degrés; la tumeur venait de l'ovaire droit. Trois jours après, avortement; dix heures plus tard, mort.

OBSERVATION 66 (Micheli)

L'utérus forme une volumineuse masse fibromateuse, tordue à droite et en arrière, de telle sorte que l'ovaire droit se trouve dans le Douglas. Hystérectomie. La torsion avait causé un tel œdème des tissus que les ligatures placées sur eux glissèrent et que la malade mourut d'hémorragie.

OBSERVATION 67 (Reinprecht)

Femme de quarante ans, primipare, enceinte de sept mois ; jusqu'alors bien réglée, mais depuis quelque temps souffrant au moment de ses époques. Depuis le début de sa grossesse elle eut plusieurs crises très douloureuses, mais de peu de durée ; vers le quatrième mois elle s'aperçut de la présence d'une grosseur dans le ventre. A l'examen ventre volumineux, utérus dépassant l'ombilic ; au niveau de son fond, on sent des bosselures irrégulières et, sortant du petit bassin, une grosse tumeur élastique.

*Diagnostic.* — Grossesse dans un utérus fibromateux.

Au huitième mois nouvelle crise très violente, nécessitant une intervention : Césarienne avec hystérectomie abdominale totale, enfant vivant. Guérison. Petits fibromes sur le fond de l'utérus ; gros fibrome en bas et en arrière, inséré sur le fond gauche arrière de l'utérus par un pédicule court et épais ; l'utérus est tordu sur la gauche de 90 degrés environ.

OBSERVATION 68 (Thorn)

Femme de quarante et un ans ; règles absentes depuis trois

mois. Signes de péritonite ; tumeur droite, dure, un peu mobile.

*Diagnostic.* — Torsion du pédicule d'une tumeur ovarienne.

*Laparotomie.* — On trouve un myome sous-séreux de la paroi antérieure de l'utérus ; la tumeur et l'utérus étaient tordus de 180 degrés. Enucléation du myome ; surjet de catgut sur l'utérus. Guérison sans fausse couche.

#### OBSERVATION 69 (Sonnenfeld)

L. S..., quarante-huit ans. Depuis un an ressent des tiraillements dans le côté droit du ventre, en même temps qu'elle s'aperçoit de l'existence d'une tumeur. Pas de troubles vésicaux ni intestinaux. A l'examen dans le côté droit du ventre jusqu'à l'ombilic tumeur dure, mobile, de la grosseur d'une tête d'enfant, surface lisse. Utérus petit ; les annexes ne sont pas senties.

*Laparotomie.* — Tumeur occupant le côté droit du ventre, mais rattachée au côté gauche de l'utérus par un pédicule large de deux doigts et demi. L'utérus est par suite tordu de telle sorte que sa face postérieure est en avant et sa corne gauche à droite. Libération de la tumeur, qui a quelques petites adhérences. Elle est d'un blanc gris, lisse, de consistance kystique mais ferme. Ligature et suture du pédicule, ablation des annexes gauches malades. Réunion. Guérison.

*Diagnostic histologique.* — Fibro-sarcome avec ramollissement central.

#### OBSERVATION 60 (Sonnenfeld)

M. S..., quarante-sept ans. Depuis deux ans et demi ressent des douleurs dans le côté gauche du ventre, qui en même temps

devient plus dur. Pas de troubles urinaires ni intestinaux. A l'examen, l'abdomen rempli par une tumeur irrégulière, élastique, rénitente, allant presque jusqu'au rebord costal des deux côtés. Petite hernie ombilicale. Utérus en antéversion gauche, un peu gros. A gauche, contre l'utérus, on sent une tumeur kystique, de la grosseur d'un œuf de pigeon.

*Opération.* — Tumeur blanc-bleuâtre ; ponction et issue de plusieurs litres d'un liquide trouble, épais, brunâtre. Utérus tordu de gauche à droite de 180 degrés, de sorte que sa face postérieure est en avant. La tumeur s'était développée aux dépens des annexes gauches et avait un pédicule large de trois doigts. Ablation de tout le kyste après ligature et section du pédicule, et remplacement de l'utérus en position normale. L'ovaire de l'autre côté, placé à gauche, mais en réalité venant de droite est aussi kystique : on l'enlève. Incision de l'ombilic et cure de la hernie ; réunion. Mort de péritonite le deuxième jour.

#### OBSERVATION 71 (Wœrtz).

Femme de dix-neuf ans. En mai 1899 surviennent des douleurs intenses dans le ventre avec manque d'appétit, nausées. Ces douleurs cessèrent, puis revinrent à diverses reprises, mais d'une façon moins intense. Au commencement de novembre, crise plus violente avec fièvre légère, météorisme, troubles vésicaux, ischurie. Les règles sont venues plus tôt et durent plus longtemps. Examen le 8 novembre : température 38°2 ; pouls à 130. Dans la partie droite du ventre, on sent une tumeur fluctuante, volumineuse, de la grosseur d'un utérus de sept mois. Utérus petit ; annexes difficiles à sentir.

*Laparotomie* le 9 novembre. — Kyste rouge-bleuâtre, dont la

ponction donne issue à plus de trois litres d'un liquide séreux, teinté par le sang ; pédicule tordu deux fois et demie autour de son axe. Mais on voit que cette tumeur, située à droite, naît des annexes gauches. L'utérus en effet est tordu de 180 degrés, de sorte que sa face postérieure regarde en avant. Ablation du kyste ; aussitôt après, l'utérus reprend de lui-même sa position normale. Drainage. Guérison.

Au bout de trois semaines, on trouve un utérus petit, mobile, en antéflexion normale.

#### OBSERVATION 72 (S Emmeling).

A..., cinquante-deux ans. Elancements dans le ventre depuis un an ; règles profuses, irrégulières. Vessie et défécation normales. Tumeur volumineuse, lisse ; utérus en rétroversion.

*Laparotomie.* — Grosse tumeur bleu-sombre de laquelle sort par ponction une grande quantité de liquide colloïde. Utérus tordu de 180 degrés. C'est un kyste de l'ovaire gauche. Ablation de la tumeur. Mort huit jours après d'embolie.

#### OBSERVATION 73 (S Emmeling).

C. M..., trente-deux ans. Douleurs dans le ventre depuis quinze jours ; règles irrégulières ; perte de sang depuis la même époque. Envies fréquentes d'uriner ; un peu de douleur. Volumineuse tumeur avec fluctuation peu évidente. On sent par le vagin deux tumeurs.

*Laparotomie.* — La petite tumeur est l'ovaire gauche, grossi et œdématié. La deuxième est un kyste para-ovarien tordu une fois et demie (540 degrés). L'utérus et les annexes tordus de 360 degrés. Ablation de la tumeur et de l'ovaire gauche.

OBSERVATION 73 (Semmeling)

G. de R..., soixante-dix ans. Depuis trois mois douleurs dans le ventre ; constipation, vessie régulière. Dans le ventre, grosse tumeur bilobée, ou peu douloureuse à la pression.

*Laparotomie.* — Gros fibrome lisse de deux kilos. Le corps de l'utérus est tordu de telle sorte que son côté gauche est à droite (180°) ; ablation de la tumeur ; guérison.

OBSERVATION 74 (Semmeling)

E. K..., quarante ans ; entrée le 26 juillet 1900. Il y a trois semaines, violentes douleurs dans le ventre et les reins ; en même temps le ventre est devenu tout-à-coup plus volumineux. Règles régulières jusqu'à l'année précédente où elles s'interrompirent. Intestins, urines, vessie, normaux. A l'examen, ventre rempli par une tumeur régulière, lisse, dure, mobile. Le corps utérin n'est pas facile à trouver à cause du voisinage de la tumeur. Diagnostic : torsion pédiculaire de myome (probable) ou de tumeur ovarienne.

*Laparotomie.* — 3 août 1900. Il s'agit d'un myome tordu trois fois de 180 degrés de gauche à droite ; après détorsion, on s'aperçoit que le myome est situé dans le corps utérin ; les ovaires sont gros, œdématiés, rouge sombre. On voit que le corps et le col utérins sont entièrement tordus. Entre les deux, existe seulement une bande de tissu très amincie, laquelle traverse les ligaments larges. Ablation de la tumeur. Guérison.

OBSERVATION 75 (Stratz)

Femme de cinquante-sept ans, ayant depuis un an une tumeur du ventre ne lui occasionnant ni gêne, ni douleur. Le 17 juin 1901, la malade ressent tout à coup de violentes douleurs dans le bas-ventre ; en même temps, la tumeur grossit très vite et la malade devient plus faible et plus pâle. Examen le 20 juin. Pouls petit mais régulier à 64 ; température : 37°5. Abdomen très dur et très sensible à la pression. Utérus petit, auquel est accolée une tumeur très mobile, grosse, remontant jusqu'aux côtes. La consistance de la tumeur est rénitente, non élastique, trop dure pour un kyste ovarique, trop molle pour un fibrome.

*Opération* le 25 juin. — Après ouverture du ventre, il s'écoule un peu de liquide séreux hémorragique, et l'on voit une tumeur rougeâtre, avec quelques petites adhérences facilement détruites. C'est un myome assez volumineux, attaché au fond de l'utérus par un pédicule très large. Au-dessous de lui, à gauche et à droite, les annexes bleu-sombre, sont transformées en une poche sanguine très tendue. Au-dessous d'elles se trouve le lieu de torsion portant sur l'isthme utérin, de sorte que le col seul était resté en place. La tumeur s'était tordue à 180 degrés de droite à gauche ; les annexes gauches étaient à droite, et les droites à gauche. Il suffit de deux ligatures sur les artères, et d'une ligature en masse sur le pédicule tordu pour enlever toute la tumeur sans écoulement de sang. Guérison.

OBSERVATION 76 (Ricard)

L'auteur présente un fibrome enlevé par laparotomie. Cette

tumeur, venant de la paroi postérieure de l'utérus, avait fait subir à celui-ci une torsion telle, que le corps était complètement séparé du col au niveau de l'insertion vaginale et qu'il n'y tenait plus que par un mince cordon formé par les seuls feuillets séreux tordus sur eux-mêmes. Les trompes s'étaient enroulées autour de l'isthme. Hystérectomie abdominale. Guérison.

#### OBSERVATION 77 (P. Petit)

X..., trente et un ans, souffre du ventre depuis quatre ans ; dans l'intervalle des règles douleur constante, beaucoup plus vive pendant les règles. Celles-ci durent huit jours, sont abondantes et fétides. Cystite. A l'examen : annexes gauches kystiques, utérus en rétroversion.

*Laparotomie* le 6 novembre 1902. — On trouve à gauche un ovaire volumineux, recouvert par un ligament large, considérablement allongé. On voit alors que ce ligament large gauche est enroulé autour de l'utérus, en passant successivement en avant, à droite, puis en arrière, recouvrant en même temps le fond de l'utérus et le tordant sur lui-même, de telle sorte que les annexes droites, saines d'ailleurs, se trouvent reportées derrière le ligament large gauche. Ablation des annexes gauches, détorsion facile. Guérison.

#### OBSERVATION 79 (J.-L. Faure)

B..., trente-neuf ans. Il y a deux ans environ, la malade a eu une crise très douloureuse dans le bas-ventre. Ces douleurs ont duré trois jours pour s'atténuer ensuite, et recommencer,

bien qu'avec moins d'intensité, au moment où les règles suivantes auraient dû reparaître ; car elles n'ont pas reparu, si bien que la malade a crû être enceinte. Le ventre grossissant de plus en plus, la malade est examinée par un médecin qui diagnostique un fibrome et l'envoie à Cochin. A l'examen, tumeur énorme, dure, bosselée, indolore, occupant la totalité du ventre. Au toucher col normal, culs-de-sac libres, car la tumeur est très élevée ; l'utérus est mal senti. A cause de la marche rapide et de l'indépendance relative de l'utérus et de la tumeur, on diagnostique kyste multilobaire végétant de l'ovaire.

*Laparotomie* le 12 avril 1903. — On tombe sur une tumeur solide, rougeâtre, remplissant le ventre et recouverte sur toute sa face antérieure par l'épiploon adhérent, étalé et sillonné de nombreux vaisseaux volumineux. La tumeur soulevée, on voit qu'elle est retenue par un assez long pédicule tordu, de la grosseur du petit doigt, avec une trompe enroulée en spirale autour de lui. Ce pédicule est sectionné après avoir été saisi entre deux pinces. La tumeur se laisse alors complètement basculer et ne tient plus que par l'épiploon adhérent ; celui-ci est saisi entre quatre ou cinq pinces à longs mors et sectionné. Ligature du pédicule, de vaisseaux ; réunion. Guérison.

Il s'agit d'un fibrome du poids de 11 kil. 100 présentant la forme d'un rein au hile très profond. Dans le hile se trouve l'utérus, qui tient à la tumeur par un pédicule très court, très épais, un peu tordu, implanté sur la corne gauche. Le pédicule tordu était donc constitué par l'isthme utérin allongé et aminci ; la torsion était d'un tour de spire de gauche à droite.

OBSERVATION 80 (Inédite)

(Communiquée par C. Daniel, interne du service, 1904.)

M..., trentre-trois ans. Aucun antécédent. Toujours bien réglée ; mais depuis quelque temps les règles sont plus longues, durent sept à huit jours. Depuis trois à quatre ans, la malade, qui n'avait jamais souffert, éprouve des douleurs violentes quelques jours avant l'apparition des règles. En même temps difficulté pour uriner ; mictions fréquentes. A l'examen, tumeur volumineuse du ventre, bilobée, assez régulière, un peu douloureuse à la pression ; signes classiques de fibrome.

*Laparotomie* 30 janvier 1904, par M. Richelot. On tombe sur un gros fibrome, du volume d'une tête d'enfant, bilobé, très vascularisé. On s'aperçoit de suite que ce fibrome est tordu au niveau d'un pédicule allongé, formé par l'isthme utérin ; la torsion est d'environ un tour de spire, car les annexes droites sont à gauche et en arrière. On détord la tumeur en allant de droite à gauche et en avant, en lui faisant décrire un cercle complet (360 degrés). Hystérectomie totale facile. Guérison.

OBSERVATION 81 (Personnelle)

R..., quarante-quatre ans, souffre du ventre depuis sept à huit ans ; ces douleurs sont de plus en plus fortes, mais cependant tolérables. Le maximum des douleurs a lieu à époques fixes : c'est en effet avant l'apparition des règles qu'elles se manifestent, puis cessent aussitôt que les règles se montrent. Enfin la malade accuse une sensation spéciale de ballottement :

elle sent sa tumeur se balancer dans le ventre. Règles profuses ; depuis deux mois, pertes abondantes, s'accompagnant de vives douleurs. Douleurs en urinant ; mictions fréquentes. A l'examen signes habituels du fibrome.

*Laparotomie* 21 avril 1904, par M. Richelot. A l'ouverture du ventre, fibrome violacé de la grosseur d'une tête d'enfant. On s'aperçoit que son pédicule, formé par l'isthme utérin, est tordu de gauche à droite d'environ 120 degrés, de sorte que les annexes gauches sont attirées en avant et se trouvent derrière la symphyse. Hystérectomie totale facile. Guérison.

#### OBSERVATION 82 (Ferry)

P..., quarante-neuf ans, s'aperçoit depuis sept ans que son ventre augmente de volume. Il y a quelques années, crises de douleurs abdominales, avec dysurie et constipation. Nouvelle crise plus violente en février 1904. Règles irrégulières et abondantes. A l'examen, signes habituels de fibrome ; mais la tumeur est douloureuse et remonte presque jusqu'aux fausses côtes. Température 38 degrés.

*Laparotomie* le 3 mai 1904. — Issue d'une quantité notable de liquide péritonéal. Enorme tumeur fibreuse adhérent un peu à l'épiploon et au côlon pelvien. Ce fibrome s'insère sur le fond de l'utérus par un pédicule épais, tordu de un tour et demi dans le sens des aiguilles d'une montre. Ce pédicule est sectionné puis lié. On voit alors que l'utérus a fait également un demi-tour sur lui-même : les annexes gauches sont à droite et réciproquement. L'utérus redressé est laissé en place. Drainage. Guérison.

OBSERVATION. 83 (Inédite)

(Due à l'obligeance de notre maître M. le Dr Richelot.)

M<sup>me</sup> P..., trente-huit ans a depuis longtemps un utérus fibromateux, mais refuse toute intervention, sa tumeur ne lui occasionnant d'autres malaises que des pertes sanguines. Mais au commencement de cette année, la situation devint tout à coup plus grave. La malade fut prise inopinément d'une crise de douleurs extrêmement violente, au niveau du flanc droit. La crise dura huit jours, puis tout à coup la malade sentit « quelque chose qui se déplaçait » et cessa de souffrir. Mais elle resta sous l'impression de cet orage et décida aussitôt de consulter. A l'examen, on trouve un gros fibrome utérin, remplissant tout l'abdomen, douloureux à la pression, au niveau de sa partie droite. Etat général médiocre, amaigrissement marqué.

*Laparotomie* le 2 mai 1904. — Enorme fibrome utérin très vasculaire multilobé, dont la partie droite est incluse dans le ligament large. La masse utérine est tordue sur son axe de telle façon que les annexes gauches sont en avant, les droites en arrière, cachées par le fibrome inclus. Opération très laborieuse à cause du volume de la tumeur; en énucléant le prolongement intra-ligamentaire droit, l'uretère de ce côté fut sectionné. Hystérectomie supra-vaginale; péritonisation; abouchement du bout supérieur de l'uretère à la peau. Guérison entravée momentanément par la formation d'une fistule recto-vaginale.

OBSERVATION 84 (Ribemont-Dessaignes et Grosse)

Femme de trente-deux ans, enceinte de quatre mois, prise brusquement d'une violente douleur abdominale qui l'oblige à s'aliter. A l'examen on constate la présence d'un utérus gravide de quatre mois, refoulé à droite par une tumeur occupant toute la partie gauche de l'abdomen ; à son niveau le palper est très douloureux, tandis qu'à droite il est peu sensible. Pas de vomissements, pas de température, pouls à 115.

*Laparotomie.* — Fibrome pédiculé implanté sur la partie postéro-latérale gauche de l'utérus. Celui-ci est refoulé à droite en même temps qu'il a subi un mouvement de torsion exagéré qui a porté vers la droite sa face antérieure ; le pédicule du fibrome ne présente qu'un très léger mouvement de torsion. Ablation du fibrome. Guérison. La grossesse continua son cours normal.

OBSERVATION 85 (Goullioud)

Malade âgée de soixante-deux ans, ayant une tumeur abdominale depuis une vingtaine d'années. Elle fut prise subitement de douleurs aiguës, de vomissements, d'obstruction intestinale avec vomissements fécaloïdes et fièvre. A l'opération, fibrome sous-péritonéal ayant entraîné la torsion du corps de l'utérus. La vessie n'est pas déplacée. Guérison.

OBSERVATION 86 (Lepage et Mouchotte)

Femme de vingt-huit ans, enceinte de quatre mois, a présenté au cours de sa grossesse plusieurs crises de douleurs

abdominales. Nouvelle crise extrêmement violente pour laquelle elle entre à l'hôpital.

A l'examen ventre tendu, douloureux, palpation très pénible ; on sent cependant à droite une tumeur arrondie et dure. Température normale, pouls 120. Le diagnostic est celui de torsion de tumeur.

*Laparotomie.* — On trouve une tumeur fibreuse arrondie, insérée sur la corne droite de l'utérus, légèrement pédiculisée, à pédicule très large. Celui-ci est tordu d'un demi-tour dans le sens des aiguilles d'une montre et a entraîné dans son mouvement de torsion l'utérus dont le bord droit est<sup>t</sup> devenu antérieur. Adhérences épiploïques. Ablation du fibrome. Guérison. La grossesse continua à évoluer sans accidents.

#### OBSERVATION 87 (Dickinson)

Femme de trente-sept ans, enceinte de huit mois, les dernières règles étant survenues le 12 mars dernier. Au cours de sa grossesse elle eut une hémorragie assez grave. A l'examen, le 27 novembre, on trouve un utérus remontant haut et le fœtus très élevé dans l'abdomen ; de plus, contre l'utérus et à droite, grosse tumeur élastique de 12 centimètres de diamètre.

*Diagnostic.* — Kyste de l'ovaire droit. Le surlendemain accouchement ; le travail se prolongeant beaucoup, une version fut faite qui termina rapidement l'accouchement, mais l'enfant ne vécut qu'une heure. Trois jours après laparotomie ; la tumeur était un fibrome inséré sur le fond de l'utérus par un pédicule épais. L'utérus avait décrit un demi-tour, de telle sorte que sa face postérieure était en avant ; la gêne de la circulation était telle que la tumeur était œdématiée et qu'il y

avait un énorme engorgement veineux. Hystérectomie. Guérison.

#### OBSERVATION 88 (Clément)

M. Clément présente à la Société de médecine du canton de Fribourg les pièces provenant d'une torsion de l'utérus et de ses annexes. Une tumeur mi-kystique, mi-solide, implantée par un court pédicule dans la région de la corne droite utérine, avait subi une torsion d'un tour complet dans le sens des aiguilles d'une montre sur ce pédicule. L'utérus lui-même avec ses annexes présentait une torsion de deux tours, dans le même sens, au-dessus de son col ; il était turgescant et de la couleur d'une cerise noire. L'hystérectomie abdominale sub-totale eut des suites normales. La malade, âgée de cinquante-neuf ans, se porte bien. Le diagnostic de torsion d'un kyste avait été posé par le médecin traitant.

## CONCLUSIONS

I. — Deux variétés de tumeurs produisent la torsion utérine : le fibrome et les tumeurs annexielles, principalement le kyste de l'ovaire.

II. — Pour qu'un utérus puisse se tordre, il est nécessaire :

1° Que la tumeur soit volumineuse ;

2° Qu'elle soit mobile ;

3° Que l'isthme utérin soit allongé et aminci en forme de pédicule.

III. — Le mécanisme de la torsion utérine est le même que celui de la torsion d'un fibrome ou d'un kyste de l'ovaire.

IV. — Les lésions sont de deux ordres : l'infiltration œdémateuse et l'extravasation sanguine.

V. — Les symptômes peuvent évoluer brusquement ou lentement ; ils se manifestent par des crises douloureuses plus ou moins intenses, des troubles menstruels et parfois des troubles vésicaux.

VI. — Le pronostic est grave dans les formes aiguës ou lorsqu'il y a grossesse, bénin dans les formes lentes.

VII. — Le diagnostic, toujours assez délicat, ne pourra être fait que par l'examen approfondi des symptômes

utérins ; ceux-ci lorsqu'on aura diagnostiqué une torsion de tumeur, permettront de localiser le siège de cette torsion.

VIII. — Le traitement consiste dans l'ablation de la tumeur ; l'utérus devra être laissé en place si la cause de la torsion, et la gravité des lésions le permettent.

---

Vu : le Président de la thèse,

SECOND

Vu : le Doyen,  
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :  
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD

## BIBLIOGRAPHIE

- BANTOCK. — Brit. med. Journal, t. XI, p. 305.
- BAROZZI. — Gynécologie, 1904 ; et Manuel de Gynécologie pratique.
- BÉRARD. — La torsion du pédicule des tumeurs abdominales, Gaz. des hôp., 1901.
- BERLIN. — Congrès fr. de chir., 1893 ; et Rev. chir., 1893.
- BLAND-SUTTON. — On a case of rotation and impaction of a myomatous uterus, Trans. of the obst. soc. of Lond., XLI, 1899, p. 296.
- BOURCART. — Ann. Gynéc., sept. 1894.
- BOUILLY. — Manuel des quatre agrégés, t. IV, p. 449, 1902.
- CALDENI. — Sopra un rare caso di torsione assile dell' utero, Arte ostet. 1905, XIX, p. 209.
- CATELANI. — Atti di soc. ital. di ost. e gyn., VII, 1899, p. 160.
- CIENCHANOWSKI. — Ein Fall von Achsendrehung des uterus, Deut. Med. Woch., 1897, p. 435.
- CLÉMENT. — Rev. méd. de la Suisse Rom., 20 fév. 1906.
- COURTY. — Maladies des femmes, p. 885.
- CRUVEILHIER. — Tr. d'anat. path. 1850, III, p. 678.
- DELBET. — In Traité de chirurgie, Duplay-Reclus, VIII, p. 426.
- DEMANTKÉ. — Th. Paris, 1897.
- DICKINSON. — Extreme rotation of full-term uterus by strangulated fibroid, Broacklyn med. Journ., mars 1904, p. 183.
- DULL. — Zur Lehre von den uterusfibroiden. Thèse Erlangen, 1872.

- EHRENDORFER. — Zur achsendrehung der uterus durch Geschwülste, *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, IX, 1899, p. 301.
- EHRDMANN. — Report of a case of torsion of the uterus, *Ann. surg.*, 1904, p. 817.
- J.-L. FAURE. — Un cas de torsion de l'utérus. *Trib. méd.*, 17 octobre 1903.
- FERRONI. — Sur la torsion des fibromes sous-séreux de l'utérus, *Ann. di ost. e gin.*, XXI, 1899, p. 342.
- FERRY. — *Bull. Soc. anat.*, Paris, 1904.
- FRANKEL. — *Jahrb. der Wien. K. K. Franeuheil*, 1897.
- FREUND. — Ueber die Behandlung bosartiger Eierstocks Geschwülste, *Zeit. f. Geb. und Gyn.*, XVII, 1899, p. 147.
- FROMMEL. — Ueber achsendrehung des uterus durch Geschwülste, *Centr. f. Gyn.*, 1898, p. 577.
- GIROD et DANIEL. — *Bull. Soc. anat.* Paris, 1903.
- GOFFE. — A multiple fibroid tumor and a fibrocyst with rotation upon its axis, *The amer. j. of obst.*, XXXI, 1895, p. 93.
- GOLDBERG. — *Mon. fon Geb. u. Gyn.*, 1901, p. 751.
- GOULLIoud. — *Soc. chir. Lyon*, avril 1904.
- HOLOWKO. — Zur Achsendrehung des Uterus durch Geschwülste, *Centrbl. f. Gyn.*, 1899, p. 270.
- VON HOLST. — Ein Fall von Torsion eines subserösen myomes, *Centrbl. f. Gyn.*, 1894, p. 967.
- HOMANS. — An extraordinary case of twisting of the uterus as the pedicle, *Amer. J. of obst.*, 1892, p. 339.
- IMBERT. — Quelques considérations sur la rotation des tumeurs de l'ovaire et de l'utérus. *Montpellier méd.*, 1892, p. 85.
- JACOBSEN. — *Soc. gyn. Hambourg*, 15 mars 1892.
- JOHANOWSKI. — Casuistische Beitrag zur Achsendrehung des Uterus durch Geschwülste, *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, VIII, 1899, 358.
- KELLY. — *Opérative Gynecology*, II, p. 384.
- KLEINWACHTER. — Die durch extramediane Einstellung der Fruchtvropfes bedingte Hypertorsion des Uterus, *Zeit. f. Geb. und Gyn.* XLI, 1893, p. 72.

- KLOB. — Path. Anat. der Weibl. Sexualorg. 1864, p. 360.
- KOEBERLÉ. — Ann. Gyn., 1894, II, p. 465. Dict. Jaccoud, art. Ovaire, 1878.
- KREUTZMANN. — Fall von Achsendrehung des uterus durch Geschwulste, Centrbl. f. Gyn., 1893, p. 873.
- KUSTER. — Uterus mit grossen Fibromyomen und zwei und einhalbmaler Achsendrehung, Beitr. zur Geb. und Gyn., I, 1870-1872, p. 7.
- KUSTNER. — Ueber die durch Tumoren eizengte Achsendrehung des Uterus, Centrbl. f. Gyn., 1890, p. 785 ; — in J. Veit's Handburch des Gynæc, I, p. 108, 1897.
- LEFOUR. — Les fibromes de l'utérus au point de vue de la grossesse et de l'accouchement, th. agrég., 1880.
- LEJARS. — Chirurgie d'urgence. Sem. méd., 17 juillet 1907, p. 337.
- LEGUEU et LABADIE-LAGRAVE. — Traité de Gynécologie.
- LEPAGE et MOUCHOTTE. — Ann. de Gyn., 1906, p. 99.
- LÆHLEIN. — Ueber achsendrehung des Uterus, Deut. med. Woch., 1897, p. 243.
- LUCIANO. — Osservazioni critiche in unn caso de torsione d'utero, Torino, 1900, in-8°, 52 p.
- MEREDITH. — A case of hematometria associated with a degenerating fibromyoma treated by supravaginal hysterectomy, Trans. soc, obst. London, 1897, p. 442, et 1888, p. 80.
- MERKEL. — Ueber ein Fall von Achsendrehung der schwangeren Gebärmutter durch den gedrehten Stiel eines Eierstocktumor, Monat. f. Geb. und. Gyn., X, 1899, p. 103.
- MICHEL. — Die Achsendrehung der abdominalen Tumoren, Mon. f. Geb. und Gyn., XI, 1900, p. 515.
- MICHO. — Atli di soc. ital. di ost. e gin., VI, 1899, p. 191.
- MICHOŁITCH. — Ein Fall von Achsendrehung des Uterus, Zeit. f. Geb. und Gyn., XL, 1899, p. 276.
- NIJHOFF. — Torsie van den uterus door tumoren, Med. Rev., Haarlem, 1905, V, p. 131.
- ORTH. — Lehrbuch de. speziellen path. anath., 1899.

- PETIT (P.). — Torsion de l'utérus. Sem. Gyn., 30 juin 1903.
- PICCINI. — Contributio alla studio della rotazione assiale dei tumori addominoli, Ann. di ost. e gin., 1892, p. 132.
- PICK. — Ueber ein Fall von mehrfacher Achsendrehung des uterus, Prag. Med. Woch., 1891, p. 219.
- PICQUAND. — Th. de Paris, 1904.
- PILLIET. — Trib. méd., 4 nov, 1897.
- PLANQUE. — La torsion des fibromes utérins. Th. de Paris, 1897.
- POLAK. — Ein casuistische Beitrag zur Torsio uteri myomatosi, Wien. Clin. Rundschau, XII, 1898, p. 685.
- POZZI. — Traité de Gynécologie.
- REINPRECHT. — Zur Torsion des graviden uterus durch Tumoren, Wien. Klin. Wochen., 27 juillet 1899.
- RICARD. — Amputation spontanée du corps de l'utérus par torsion due à un fibrome, Soc. chir., 1902.
- RIEMONT-DESSAIGNES et GROSSE. — C. R. de la Soc. d'obst., gyn. et péd., 14 mars 1904.
- ROKITANSKI. — Lehrbuch der path. anat., 1842, II, 457.
- SCHRÆDER. — Mal. des org. génitaux de la femme, trad. franç., 1886, p. 240 et 244.
- SCHUTZENBERGER. — Gaz. méd. de Strasbourg, 1874, et Ann. gyn., 1874, II, p. 465.
- SCHULTZE. — Ueber Achsendrehung des Uterus durch Geschwülste, Zeit f. Geb. und Gyn., 1898, p. 157.
- SCHWARTZ. — In Traité Le Dentu-Delbet, X, p. 680 et 699.
- SKUTCH. — Torsion des uterus bei grossen, subserösen Myom, Centrbl. f. Gyn., XI, 1887, p. 652.
- SEMMELING. — Ueber Achsendrehung des Uterus, Beitr. z. Geb. und Gyn., V, 1901, p. 352.
- SIEBERS. — Th. Iéna, 1888.
- SMITH. — Dublin med. j., 1898, p. 350.
- SONNENFELD. — Th. Breslau, 1900.
- STRATZ. — Uterus torsion bei myom, Zeit. f. Geb. und Gyn., 1902, p. 430.
- SWITALSKI. — Ein ungewöhnlicher Fall von Stieltorsion eines

- Ovarial kystoms, Mon. f. Geb. und Gyn., VI, 1896, p. 543.
- TERRILLON. — Rev. chir., 1887, p. 250.
- THORN. — Soc. méd. de Magdebourg, 1900, extrait in Mon. f. Geb. und. Gyn., X, 1900.
- TIMMERS. — Torsie van den uterus door Fibromyomen, th. Leyden, 1891.
- TOTH. — Centrabl. f. Gyn., 1898, p. 83.
- VEIT. — Handbuch der Gynec., I et III.
- VIRCHOW. — Die Krankhaften Geschwülste, 1863,
- WEINBERG. — Ueber Achsendrehung gestellter Myome und myomatöser Uteri, th. Leipzig, 1904.
- WERTHEIM. — Ein Fall von Achsendrehung des Uterus, Jahrb. D. Wien. K. K. Krankenh., VII, 1901, p. 343.
- WILSON. — Chronic axial rotation of an ovarian cyst, giving rise extreme twisting of the elongated uterus. Trans. of. obst. Soc. London, 1897, p. 167.
- WINTER. — Centrabl. f. Gyn., 1899, p. 1190.
- WERTZ. — Zum Capitel « Achsendrehung des Uterus ». Monat. f. Geb. and. Gyn., XII, 1900, p. 68.



